

DE LA
CHORÉE VULGAIRE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 16 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard NICOLAS

De Troyes (Aube)

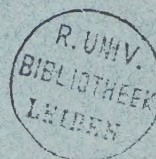
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0060

DE LA
CHORÉE VULGAIRE

CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 16 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard NICOLAS

De Troyes (Aube)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, ✱ professeur..	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARISOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie génér., descriptive et topogr.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. Victor PARISOT, *président*; MM. HECHT, E. DEMANGE, WEISS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE CHÉRIE

Dont j'ai tant reçu sans lui avoir rien rendu !

A MON PÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance

A MA SŒUR CHÉRIE ET A MES FRÈRES

Dont les précieux encouragements m'ont rendu ma tâche
si agréable

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN, A. RENAULD

Médecin-major, Chevalier de la Légion d'honneur.

A TOUS MES AMIS

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR V. PARISOT

Médecin de l'hôpital St-Charles, Chevalier de la légion d'honneur

HOMMAGE RESPECTUEUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

Témoignage de ma plus vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Parmi les nombreux auteurs qui ont écrit sur la chorée, beaucoup ont exposé trop magistralement les faits acquis à la science, relativement à cette remarquable affection, pour que, si notre intention était d'en essayer une exposition complète, nous n'eussions le plus souvent qu'à recourir à leur source, par suite à faire une œuvre sans utilité.

Mais nous n'avons eu d'autre but, en entreprenant cette étude, que d'insister sur les difficultés de diagnostic que présente cette affection et de publier plusieurs cas nouveaux de chorée essentielle qui se sont présentés à la clinique de l'hospice des Vieillards, et qui nous ont paru assez intéressants pour motiver cette monographie.

Que M. le professeur agrégé Émile Demange, qui dirige la clinique de l'hospice Saint-Julien, daigne recevoir ici l'expression de la profonde gratitude dont nous nous sentons pénétré envers lui, pour la constante bienveillance et les conseils qu'il nous a prodigués, pendant l'année que nous avons passée à son service en qualité d'interne provisoire; qu'il veuille bien agréer aussi nos remerciements pour les observations qui servent de base à notre travail, et qu'il a bien voulu

nous communiquer, et nous permettre de lui attribuer le peu de mérite que pourrait avoir notre étude.

Nous sommes également heureux de témoigner à M. le professeur V. Parisot notre vive gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de notre thèse et pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours porté et dont nous gardons le plus agréable souvenir.

A notre excellent ami L. Knœpfler, interne du service de Saint-Julien, nous offrons nos remerciements sincères et nos félicitations, pour le talent avec lequel il a rédigé les observations qui nous ont été communiquées.

HISTORIQUE

De l'avis de tous les auteurs compétents, la chorée — et nous voulons parler ici de la chorée vulgaire — est une affection fréquente chez l'enfant, rare chez l'adulte, et dont on compte les exemples chez le vieillard, bien que l'on ait dit que la vieillesse est une seconde enfance. A vrai dire, le peu d'attention accordé par les médecins à cette maladie, lorsqu'elle s'installe dans l'âge mûr, n'a pas peu contribué à en exagérer la rareté; aussi, comme l'indique cet aperçu historique que nous avons tenté d'esquisser, l'étude de la chorée essentielle du vieillard est-elle de date toute récente, contrairement à celle de la chorée infantile dont il nous a paru intéressant de rechercher du même coup les origines, parce que tous les auteurs anciens se sont toujours occupés de la chorée sans tenir compte de l'âge auquel elle s'installe.

J. Franck (1) prétend qu'Hippocrate avait des notions exactes sur la chorée et cite à l'appui un passage d'une traduction latine duquel il semble qu'il s'agit d'une affection de la moelle plutôt que de la chorée. Le même auteur cite encore, d'après Sauvages (2), un passage de Galien qui aurait décrit la chorée sous le nom de scélotyrbe (σκελοῦς jambe — τυρβη faiblesse). Ici encore il s'agit plutôt de parésie et d'ataxie des membres in-

(1) Traité de pathologie interne. Traduction de Bayle t. III, p. 320.

(2) Nosologie médicale, t. I, p. 797 (1775).

férieurs, bien que Sauvages y reconnaisse la danse de Saint-Guy. « Scelotyrbe, quasi cruris turbam vel perturbationem
« dicas species est resolutionis quâ erectus homo ambulare
« non potest, et latus alias in rectum, quandoque sinistrum
« in dextrum, nonnunquam dextrum in sinistrum circumfert,
« interdumque pedem non attollit, sed trahit, velut ii qui ma-
« gnos clivos ascendunt. »

Le premier auteur qui aurait parlé de la chorée serait Pierre Bayro (1) (1560), médecin de Charles II, duc de Savoie. Dans un livre intitulé *Venimecum*, il cite une affection qu'il appelle « *Saltuosa membrorum indispositio* » ; toute fois il faut bien reconnaître que sa description se rapporte plus spécialement à la maladie choréiforme qui s'est montrée pendant le moyen-âge, et nous en dirons autant de l'opinion contemporaine de Paracelse (2) qui cependant chercha à saper l'appareil mystique dont le fanatisme avait entouré la médecine.

Bouteille, dans son traité sur la chorée, émet l'opinion que c'est vers la fin du quinzième siècle ou le commencement du seizième que cette maladie a été reconnue et différenciée de toute autre par : Félix Plater (1614) qui donne à la chorée le nom de *Witi Saltus*, et la regarde comme une espèce de manie, Horstius (1628) qui l'appelle « *Saltatio sancti Witi* », et Daniel Sennert (*chorea sancti Witi*).

En 1619, Willis (*De morbis convulsivis*) donne une description déjà plus en rapport avec la chorée que nous connaissons actuellement, mais il faut arriver jusqu'à Sydenham (*Schedula monitoria de novae febris ingressu* 1686) pour trouver une histoire précise des symptômes et surtout du traitement de

(1) *De medendis corporis malis encheridion, quod vulgo venimecum vocant.* Lugduni 1560.

(2) *Opera medico-chimico-chirurgica.* Genève 1558.

cette affection qui consiste dans l'emploi combiné de la saignée, des purgatifs et des toniques, bien que Sauvages (Loc. cit.) trouve « la curation de Sydenham impraticable, vu qu'elle épuise les malades ». Pour Sydenham, la chorée est une affection convulsive qui atteint surtout les garçons et les filles depuis l'âge de 10 ans jusqu'à la puberté ; elle commence le plus souvent par les membres inférieurs et se traduit surtout par des mouvements désordonnés, amenant des troubles dans l'accomplissement de certains actes fonctionnels, par exemple dans l'acte de boire. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, Sydenham a diminué la confusion ; il a limité et régularisé le cadre d'une affection décrite avant lui.

« Les médecins qui observaient en Italie, en France, en Espagne à la même époque, ne font aucune mention de cette maladie et la danse de Saint Guy était si peu connue à Paris que Lieutaud (1), médecin de Louis XV, crut en devoir nier l'existence. » (Bouteille.)

Les contemporains et compatriotes de Sydenham, au contraire, confirmèrent ses recherches ; tels sont R. Mead (opera medica 1751), Ewart (Dissertatio de chorea sancti Witi Edimbourg 1786), et surtout Cullen (Éléments de médecine pratique 1785) qui apprécia fort bien les principales circonstances de la maladie.

En Allemagne, après une série d'auteurs de la même époque, vint Stoll (Ratio medendi 1813) qui, sans fixer son attention sur ce point, rapporte deux exemples de coïncidence de la chorée avec le rhumatisme.

Mais le meilleur travail qui résume tous les autres, le plus complet qui ait paru en France est le traité de la chorée de Bouteille (Paris 1810), suivant de quelques années les remar-

(1) Synopsis praxeos medicæ.

ques publiées en 1804 par le journal de Corvisart et passées inaperçues.

En 1827, Coste (Thèse de Paris), résume les travaux faits depuis Bouteille et lance dans le langage médical le mot *myo-tyrbe*, qui ne fit pas fortune.

En 1849, l'Académie de Médecine couronne le mémoire de M. G. Sée ; sous l'impulsion puissante de ce travail, la question de la nature de la chorée entraine dans une nouvelle phase, car elle était surtout étudiée dans ses rapports avec le rhumatisme, et la chorée, concluait l'auteur, n'était le plus souvent qu'une manifestation de cette diathèse. La doctrine fut vivement combattue et, parmi nos auteurs classiques, Trousseau est à peu près le seul qui s'y soit rallié, en admettant la loi de coïncidence des deux maladies comme acquise à la science.

En 1863, Senhouse Kirkes cherchait à faire revivre l'opinion abandonnée de Bright (1839) pour qui, le rhumatisme étant redevable au cœur de son étiologie, c'était le cœur lui-même, avec ou sans rhumatisme, qu'on devait mettre en cause.

En 1868, H. Roger confirme l'opinion de M. Sée, et même lui reproche d'avoir fait à l'influence rhumatismale une part trop restreinte, et propose de considérer la chorée comme une névrose rhumatismale.

En même temps prenait naissance, en Angleterre, la théorie de l'embolisme capillaire, et celle de la localisation de la chorée ; en 1866, Broadbent s'efforçait de localiser celle-ci dans la couche optique ; Russel et Huglinks Jackson confirmèrent cette opinion, et Frerichs, en Allemagne, s'y ralliait également.

Des observations de Robert Mitchell (1) et de Charcot (2)

(1) Post-paralytic chorea, on the american journal of the med. scienc., octobre 1874.

(2) Leçons sur les maladies du système nerveux, 1877, t. II, 19^e leçon.

tendent à montrer, en effet, qu'il existe une localisation de l'hémichorée dans la partie postérieure des couches optiques, mais Charcot abandonne bientôt cette opinion pour incriminer plutôt la capsule interne.

Mais dès lors nous pénétrons dans l'histoire de la chorée symptomatique, abandonnant le champ de la chorée essentielle ; c'est qu'en effet, les résultats positifs fournis par les examens nécroscopiques avaient plutôt tenté les cliniciens que les hypothèses purement gratuites qu'inspirait la chorée-névrose ; aussi voyons-nous, à la suite de Charcot, toute une pléiade formant l'Ecole dite de la Salpêtrière, confirmer et augmenter les résultats acquis par le maître ; en tête nous signalerons M. Raymond.

Un champion se dresse en Allemagne, à l'Université d'Iéna : c'est Nothnagel, qui, dans un ouvrage remarquable par le grand nombre de ses observations recueillies en Allemagne, en France et en Angleterre, tend à faire revivre la vieille opinion de Bright, c'est-à-dire la localisation de la chorée dans la couche optique.

Enfin, en 1882, dans sa thèse si remarquable (1), M. Ricoux arrive à cette grande conclusion que le siège anatomique des hémitrembrements peut occuper un point quelconque du trajet des fibres motrices, depuis le bulbe jusqu'à la périphérie, et non se localiser seulement dans le segment postérieur de la capsule.

Si nous voyons l'anatomie pathologique de la chorée symptomatique s'enrichir de précieuses découvertes, il n'en est pas de même de la chorée essentielle chez le vieillard ; en effet, jusqu'au début de ce siècle, tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que jamais cette affection ne s'est rencontrée chez

(1) Des hémitrembrements præ et postparalytiques. Nancy, 1882.

le vieillard. Bouteille le premier en signale un cas remarquable qui, cependant, n'est pas à l'abri de toute revendication en faveur d'une chorée secondaire. Cazenave et H. Roger font, en 1853 et 1854, la relation de deux autres cas non douteux ; dès lors l'attention est éveillée, la chorée essentielle n'est désormais plus incompatible avec l'âge avancé, et néanmoins ce n'est que de loin en loin que l'on voit émerger une observation telle que celle de Russel, dans le *Medical Times and Gazette* (1878), celles de M. Charcot, dans le *Progrès médical* ; toutefois, dans ces dernières années, l'attention des auteurs semble s'être concentrée davantage sur cette variété intéressante de la chorée : M. Raymond, dans son article du Dictionnaire encyclopédique, a consacré un chapitre spécial à la chorée sénile, et M. Charcot a, dans plusieurs leçons professées à la Salpêtrière, révélé la marche essentiellement chronique de cette affection et signalé les caractères différentiels qui lui donnent un cachet spécial d'originalité, malgré les nombreux liens de parenié qui la rattachent à la chorée de l'enfant.

Nous-même, nous avons été assez heureux pour recueillir au service de M. le professeur agrégé E. Demange trois nouvelles observations de chorée sénile, et c'est l'espoir que la publication de ces observations pourrait offrir quelque intérêt qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous allons, au préalable, transcrire toutes les observations que nous avons pu réunir, en commençant par la plus célèbre et la première en date, celle de Bouteille ; mais afin d'être complet, nous donnerons d'abord la série des observations de chorée sénile dont nous n'avons pu nous procurer la relation détaillée :

G. Sée (1) cite le cas d'une femme de 44 ans.

(1) Rapports sur la chorée, in Mém. de l'Acad. de Méd. T. XV, 1850.

Revees, celui d'une femme de 45 ans.

J. Franck (1) le cas d'un homme de 50 ans.

G. Sée l'a encore constatée chez un homme de 59 ans.

Jeffreys [cité par G. Sée) rapporte le cas d'un homme de 60 ans.

Powel v. Torgues et Maton (2), l'ont observée chez deux femmes de 70 ans.

Nous n'oublierons pas la mention que fait Sauvages d'un cas de chorée essentielle survenue chez une sexagénaire : « Je
« vois maintenant une femme de 60 ans attaquée de cette ma-
« ladie, dont la cause est la sécheresse des nerfs, car elle est
« travaillée d'un rhumatisme sec et son sang est tout acrimo-
« nieux ; je lui ai prescrit une saignée, des bouillons faits
« avec de la laitue, l'endive et le cou de mouton, ensuite un
« purgatif et des laitages. »

Coste (loc. cit.) nous dit qu'il a vu un professeur d'astro-
nomie de province, M. L. D., être frappé de chorée, à l'âge
de 60 ans, à la suite d'une grande frayeur. Enfin, dans le
Medical Times and Gazette de 1878, Russel mentionne deux
nouveaux cas de chorée sénile : l'un survenu chez un homme
de 78 ans, atteint pendant plusieurs mois d'accidents cho-
réiques très-violents qui furent traités avec succès par le sul-
fate de zinc, l'autre chez une dame de 77 ans, atteinte anté-
rieurement d'une attaque d'apoplexie, mais très-bien portante
pour le reste. Guérison au bout de quelques mois. Aucun
trouble de l'intelligence.

(1) Traité de Pathologie interne, traduction de Bayle. T. III, p. 325,
note n° 64.

(2) Medical Transact. publ. by the college of physic in London. 1815.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Chorée sénile essentielle ; observation tirée du « Traité de la Chorée » (1810)
de Bouteille,

Mademoiselle Valgas, âgée de 80 ans , est atteinte d'une attaque d'apoplexie, et ensuite d'une hémiplegie du côté droit ; après un traitement de six à huit mois, elle recouvre la liberté entière des mouvements des membres du côté affecté. Au bout de deux ans, Mademoiselle Valgas éprouve des pesanteurs de tête, des éblouissements, un vertige continu, un engourdissement de tout le côté gauche de la tête, prélude d'une nouvelle attaque ; elle prend un vomitif, ce qui procure un mieux-être ; le soir elle prend une potion calmante.

Le lendemain, tous ces symptômes augmentent ; elle prend un pédiluve sinapisé ; une inflammation érysipélateuse boubonnée se manifeste aux extrémités supérieures et inférieures et dure huit jours. L'extrémité des deux premiers doigts de la main droite se sphacèle, et le sentiment est presque éteint dans ces parties. Ce jour même, la malade présente les symptômes suivants : mouvements désordonnés aux extrémités affectées et à la tête, mouvements imprimés à la partie affectée, même pendant le repos du corps, secousses involontaires et faisant agir en divers sens, contre la direction de la volonté, les parties désignées, mais inhabiles à saisir les objets présentés ; contorsions et agitations singulières de l'extrémité supérieure, de la tête, lorsque la malade veut porter à la bouche une tasse de boisson ; grande difficulté de retenir le li-

quide dans la bouche, difficulté encore plus grande d'avaler ce liquide, occasionnée par les mouvements turbulents de la langue, déglutition de la boisson avec avidité ; cet acte s'accompagnait des grimaces les plus ridicules par l'agitation bizarre des muscles de la face et des lèvres.

Cet état a duré deux ans, au bout desquels il y a eu un peu d'amélioration.

D'après les détails de cette observation, il nous semble que ce cas de chorée, intitulé par Bouteille : « chorée deutéropathique, effet d'une apoplexie hémiplegique », rentre dans la classe des chorées secondaires ; nous l'avons néanmoins transcrite, parce qu'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Trousseau, la donnent comme un exemple de chorée essentielle.

OBSERVATION II.

L'Union médicale du 1^{er} mars 1853, nous donne la relation d'un cas de chorée essentielle survenue à l'âge de 55 ans chez un homme et suivie de mort, et observée par le D^r Cazenave de Pau. Le nommé Pierre Relen, de Mauléon, âgé de 55 ans, entre dans mon service le 10 février 1852, avec tous les signes d'une danse de Saint Guy des plus caractérisées, coïncidant avec un affaiblissement des facultés intellectuelles et affectives.

La constitution est grêle et sèche, son tempérament nerveux, légèrement sanguin. Avant d'entrer à l'asile, il avait une conduite régulière et ne fit jamais abus de boissons alcooliques. J'ignore à quelle époque remontent les premiers symptômes de sa maladie. La vue de ce malheureux inspire la plus profonde pitié : tous les muscles de l'économie sont agités par des mouvements cloniques, irréguliers, incessants. Il n'existe pas un point de son corps qui ne soit le siège de secousses et de soubresauts. Tour à tour contractés et distendus, les muscles de la face font les plus étranges grimaces. La

tête est dans un balancement continu. Les membres inférieurs se raidissent dans des contorsions qui neutralisent la résistance de plusieurs bras. Les muscles du tronc sont raides et contracturés. Les droits antérieurs sont comme des barres de fer inflexibles. L'état véritablement insurrectionnel des muscles des membres supérieurs contre la volonté qu'ils méconnaissent, et leur défaut de coordination des mouvements, rendent la locomotion impossible. La préhension des objets, d'un morceau de pain par exemple, détermine de la part de ce malheureux, des efforts surhumains pour le tenir et le porter à sa bouche. C'est un spectacle aussi curieux que navrant que de contempler la lutte qui s'établit dès lors entre le désir ferme et exaspéré de satisfaire sa faim et le refus formel du bras de répondre à l'appel de la volonté. Si celle-ci reste victorieuse, ce n'est que par une sorte de surprise. Comme la station debout est impossible, Pierre Relen reste assis sur une chaise, mais participant promptement aux mouvements dont le malade est agité, le siège culbute et Relen tombe à terre. La marche n'est possible que si on le soutient par les aisselles. La jambe, avant de se porter en avant, se dirige en arrière, en dedans, en dehors, avant de prendre la direction voulue.

Les yeux sont dans une rotation constante; sa parole n'est qu'un son plaintif, coufus, inintelligible. La déglutition est entrecoupée, brusque, saccadée. Au milieu de tous ces désordres, la *sensibilité générale est conservée intacte*; la respiration est libre; les mouvements du cœur, chose étrange, présentent une régularité parfaite. Sauf une constipation habituelle, les fonctions digestives sont normales. Le poulx est faible et concentré. La miction urinaire se fait tantôt par jets saccadés, tantôt goutte à goutte.

Contrairement aux habitudes de la famille des névroses, la

maladie, pendant un an qu'elle a duré, a constamment présenté un type continu et nullement périodique. *J'ai fait observer ce malheureux pendant la nuit à différentes reprises, le sommeil a toujours paru agité, jamais le malade n'a été un instant en repos.*

En présence d'une maladie aussi prononcée, quoique convaincu de son incurabilité, mon devoir était d'essayer de quelques-uns des moyens préconisés en pareil cas. Les purgatifs, conseillés par Hamilton, n'eurent pas de succès, je ne fus pas plus heureux avec la poudre de valériane, dont j'élevai la dose jusqu'à 8 grammes par jour.

J'eus recours à l'oxyde de zinc que je portai à la dose de 0 gr. 80 centigrammes : nouvelle déception, je n'ai produit que des symptômes d'intoxication. L'opium a été également l'objet de quelques tentatives ; les premières doses (0, 20 gr. par jour) ont paru un instant ébranler la maladie dans sa marche ; les mouvements convulsifs ont été moins accentués, mais cette lueur d'espoir s'est vite évanouie. Toutefois enhardi par ce premier succès et par l'absence de tout symptôme d'intoxication, j'ai porté graduellement la dose à 0,80 centigr. dans les 24 heures. Moins heureux que M. Trousseau, je n'ai obtenu que quelques symptômes d'ivresse, mais sans le moindre amendement dans les mouvements choréiques. Enfin, j'ai administré la strychnine à l'intérieur et à l'extérieur, et toujours sans succès. Les bains tièdes prolongés, rendus plus tard sulfureux, sont à leur tour venus me convaincre de l'impuissance de mes efforts. Pierre Relen mourut dix mois après son entrée dans mon service.

Autopsie. — Disons d'abord que tous les organes thoraciques et abdominaux étaient dans des conditions de normalité parfaite. A l'ouverture de la cavité encéphalique, j'ai trouvé les enveloppes du cerveau pâles, amincies. La grande cavité de

l'arachnoïde et les ventricules cérébraux renfermaient une quantité anormale de sérosité; le cerveau, participant de cette pâleur, était notablement atrophie.

Les deux substances, généralement peu denses, offraient un commencement relatif de ramollissement. A l'enlèvement de cet organe, au niveau du bulbe rachidien, une sérosité considérable s'écoule du canal rachidien. Ne trouvant pas dans l'ensemble de ces lésions une justification suffisante des désordres observés pendant la vie, j'ouvris avec précaution le rachis et mis à découvert la moelle épinière. A l'ouverture du canal spinal, je constatai un épanchement séreux entre la dure-mère et la membrane interne de la moelle, en libre communication avec celui que j'avais observé dans la cavité crânienne. Cet épanchement s'étendait jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

A partir des corps pyramidaux jusque vers le tiers inférieur de la région dorsale, la moelle épinière était ramollie d'une manière appréciable. La substance médullaire, dans toute sa moitié antérieure, était convertie en une pulpe diffuse, la moitié postérieure présentait une densité et une résistance normales.

Réflexion. — Ce cas de chorée pourrait peut-être, à bon droit, figurer avec ceux de chorée symptomatique d'une lésion médullaire, donnant une nouvelle consécration aux recherches entreprises par M. le Dr Ricoux, à savoir que la lésion du faisceau des fibres motrices, à un niveau quelconque, produit l'hémichorée; toutefois nous pensons être en présence d'un cas de chorée essentielle en raison de l'absence complète de phénomènes paralytiques pendant la vie. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le Dr Cazenave qui ajoute en réflexion, à la suite de cette observation, que la nature des lésions cadavériques tend à enlever à la chorée essentielle son caractère mystérieux, en localisant son siège dans une altération caractéristique de la moelle épinière; pour lui, il n'y a aucun doute

que le ramollissement des cordons antérieurs soit le substratum anatomique de la chorée, et rien que de la chorée.

OBSEVATION III.

Chorée senile (recueillie par M. Roger). (Union médicale septembre 1854).

M^{me}..., demeurant à Paris, est d'une constitution aussi forte, d'une intelligence aussi nette que le comporte son âge de 83 ans. A part un peu de faiblesse dans les jambes et des palpitations qui se font sentir depuis une dizaine d'années sans bruit anormal, sans matité notable à la région du cœur (pas de rhumatisme articulaire aigu antécédent), à part enfin un peu de constipation assez opiniâtre et quelques douleurs vagues dans les lombes et la continuité des membres, la santé de M^{me}... est aussi satisfaisante que possible.

Toutefois, huit ans auparavant, j'ai soigné M^{me}... pour une pleurésie avec épanchement du côté droit; il y a deux ans, pour une sciatique d'intensité médiocre, et l'année dernière, pour une congestion cérébrale qui s'est dissipée en peu de jours.

Le 15 mai 1854, appelé auprès de M^{me}..., je constate facilement l'existence d'une chorée. C'est depuis trois ou quatre jours seulement que M^{me}... a éprouvé sans cause appréciable, sans émotion morale et sans état morbide prodromique, un peu d'incertitude et d'exagération dans les mouvements du bras et de la jambe droite. Ces deux membres sont actuellement le siège d'une mobilité assez grave.

Le bras est, à intervalles très-rapprochés, pris de mouvements brusques et saccadés, et ramené en avant par la volonté de la malade; il est bientôt poussé plus en avant ou rejeté en arrière par des contractions involontaires; il exécute des mouvements bizarres, irréguliers, mal coordonnés; il en

est de même pour la jambe qui, bien que reposant sur le lit, remonte par une contraction soudaine, de telle sorte que le pied est lancé au hasard dans toutes les directions. L'ordre du médecin et les efforts de volonté de la malade peuvent un instant arrêter ces mouvements, qui recommencent aussitôt. L'incertitude et l'irrégularité des mouvements augmentent quand M^{me} est levée; elle peut à peine se tenir sur ses jambes, et encore elle est forcée incontinent de se rasseoir. Elle peut, avec de l'attention et un peu de temps, arriver à manger seule.

La face n'est que légèrement grimaçante. Les muscles de la face étaient agités de contractions beaucoup moins fréquentes et moins intenses que ceux des membres. La parole est presque intacte, ce n'est qu'à de rares intervalles qu'elle est entrecoupée. Les muscles des parois du thorax et de l'abdomen ne sont pas le siège de contractions particulières. Les sens ne sont pas altérés. Il y a de la fatigue générale résultant de l'exagération de la mobilité; la sensibilité générale n'est ni diminuée, ni exaltée.

Il y a de la tristesse, ou plutôt de l'impatience provoquée surtout par l'insomnie; celle-ci n'est pourtant pas complète et le sommeil arrête la chorée. Les fonctions animales (digestion, circulation, sécrétion urinaire), s'exécutent normalement.

Cette chorée, modérément intense, augmenta après trois ou quatre jours, les mouvements étaient plus violents, plus incessants, beaucoup plus marqués dans le bras et la jambe, toujours et exclusivement à droite (hémichorée). La malade ne pouvait manger seule, ni marcher. La chorée alors persistait la nuit et suspendait tout sommeil.

Elle dura jusqu'au 1^{er} juin, c'est-à-dire environ deux septenaires, et décrut graduellement à partir de ce jour, et le

15 juin, cinq semaines après, la guérison était complète.

Le traitement fut simple : poudres d'oxide de zinc et de belladone dans les proportions de 25 centigrammes de la première et 10 centigrammes de la seconde. A l'extérieur : application, le long du rachis, de chloroforme étendu d'eau au 1/30.

OBSERVATION IV.

M. le Docteur Meunier rapporte dans sa thèse (Paris 1879) une observation de chorée sénile ; en vérité, c'est un cas d'hémichorée gauche chez une femme de 54 ans présentant tous les signes de la sénilité dans son habitus extérieur (arc sénile, athérôme artériel, dilatation des capillaires). Ce cas est emprunté au service de M. le Docteur Ollivier, à l'hôpital Necker. En voici le résumé : *Antécédents héréditaires*. Père, imprimeur, mort à 74 ans, n'a jamais eu de rhumatisme ; mère morte à 51 ans, à son retour d'âge. A deux frères bien portants ; a eu dix frères et sœurs. Dans la famille, pas d'antécédents de rhumatisme, ni d'alcoolisme, ni de névropathie.

Antécédents hygiéniques et physiologiques. Régulée à 18 ans ; menstruation normale. A eu un enfant à 20 ans, ce dernier est mort à 9 mois de la scarlatine.

Mariée à 29 ans. Ménopause à 52 ans. N'a jamais eu de grands chagrins ni de grandes privations.

Antécédents pathologiques. A eu la variole à 40 ans ; attaque de rhumatisme articulaire aigu à 26 ans (attaque unique qui a duré un mois).

A l'âge de 37 ans, plus de dix ans après l'attaque de rhumatisme, la malade a été prise de chorée, sans cause appréciable. Les mouvements choréiques ont commencé par la jambe droite et sont restés localisés dans tout le côté droit.

Elle fut soignée d'abord chez elle, puis à l'hôpital Necker

où on la traita par les bains sulfureux et l'électricité. Après un mois de séjour, elle sortit guérie. Depuis lors, sa santé fut bonne, quand il y a six semaines environ (avril 1879) elle fut prise d'une nouvelle attaque de chorée qui débuta par le bras gauche et se généralisa à tout le côté gauche exclusivement.

Aspect extérieur. Bien qu'agée seulement de 54 ans, cette femme a tout l'aspect de la vieillesse : peau fanée, flasque et tombante. Les capillaires, surtout ceux de la face, sont très dilatés ; l'arc sénile se forme ; artères athéromateuses.

La chorée, pour la seconde fois, est apparue sans cause appréciable, sans prodromes, sans émotion pénible, et l'on constate, à son entrée à l'hôpital, l'état suivant : Mouvements choréiques dans l'orbiculaire des lèvres et dans la plupart des muscles de la face qui prend une expression mauvaise et haineuse par moments.

Les muscles du cou, et particulièrement le sterno-cléido-mastoïdien, sont atteints, et la malade jette la tête de côté et d'autre dans un mouvement saccadé et convulsif.

Les muscles du tronc sont également atteints ; il y a des mouvements choréiques simulant ceux qu'on remarque dans le frisson, la chair de poule. Il y a aussi une certaine hypéresthésie, car si l'on vient à appliquer le sthétoscope sur la poitrine, les mouvements s'accroissent et la malade prétend que cet attouchement, fait avec douceur, est douloureux.

Dans le membre supérieur gauche, il existe des mouvements très menus, surtout dans l'avant-bras et la main. Les mouvements intentionnels sont difficiles et irréguliers ; la malade peut toutefois prendre un objet sur sa table de nuit, relever son drap et le ramener sur sa poitrine.

Dans le membre inférieur gauche, les mouvements choréiques sont assez intenses et augmentés par l'examen et la

sensation de l'air extérieur ; ces mouvements consistent surtout en une flexion brusque de la jambe sur la cuisse et en un mouvement de circumduction du pied sur la jambe ; en ces points, la sensibilité est normale, la marche est possible ; quand la malade marche, elle porte la jambe sur le talon, puis fléchit le genou et porte le pied dans l'adduction et la rotation en dedans. La parole est difficile, brusque, saccadée, entrecoupée, la langue est souvent lancée avec un léger bruit contre la voûte palatine. Avant de répondre, la malade attend un certain temps, prenant la précaution de réagir contre les mouvements choréïques des muscles de la langue et de l'orbiculaire des lèvres.

Aucune gêne dans la déglutition des aliments liquides et solides.

Sommeil normal, faisant cesser les troubles moteurs.

L'état intellectuel laisse beaucoup à désirer ; la malade répond d'un air grognon et agressif, pleure et rit très facilement.

Rien au cœur, dont le second bruit est dur, métallique.

Fonctions respiratoire et digestive normales.

Du 5 au 22 avril, la malade a été soumise au traitement par le tartre stibié à la dose croissante de 0,30, 0,50, 0,80 centigr. Le 22 avril elle fut prise de diarrhée et vomissements. La chorée avait disparu. On cessa le tartre stibié, mais le 26, les mouvements reparurent ; on renouvela le traitement au tartre stibié, et le 6 mai elle sortit guérie.

OBSERVATION V.

A la suite de cette observation, M. le docteur Meunier en cite une autre, prise au même service, relative à une femme de 80 ans, atteinte de chorée généralisée à la suite d'une

grande frayeur. Cette chorée grave s'accompagne de troubles intellectuels marqués. La malade fut traitée par le bromure de potassium à doses croissantes (jusqu'à 6 et 7 grammes), qu'elle quitta l'hôpital non complètement guérie, mais très-améliorée.

OBSERVATION VI.

Le *Progrès médical* du 1^{er} août 1874 contient, à l'appui de l'utilité du traitement par le monobromure de camphre (D^r Bourneville) une observation de chorée chez une femme de 64 ans, dont le début remonte à l'âge de 40 ans :

Met..., 64 ans; chorée débutée à l'âge de 40 ans. Excès de boissons consécutifs; incapacité de travail depuis l'âge de 55 ans; marche devenue impossible depuis près d'un an. Agitation, gesticulations; grimaces incessantes; tombe tous les jours de son lit; parfois les mouvements choréiques sont si violents qu'on est obligé de coucher la malade sur des matelas étendus sur le parquet.

Sommeil mauvais, agité, accompagné d'une sorte de grognement. Il s'agit là d'un fait ancien très grave.

OBSERVATION VII.

Publiée par le D^r Wharton Sinckler, de Philadelphie (The journal of mental and nervous disease New-York 1881 July.)

La malade, âgée de 82 ans, éprouvait depuis 6 mois des mouvements des mains et de l'impossibilité de tenir ses jambes au repos; mais ces mouvements involontaires cessaient pendant le sommeil. A son entrée à l'hôpital, elle ne pouvait porter un verre d'eau à la bouche sans en jeter à terre une partie, malgré tous ses efforts de volonté. A l'auscultation, on constata un souffle systolique à la pointe du cœur, en même temps que la fréquence, la faiblesse et l'intermittence des

bruits normaux. Il n'existait pas d'athérôme artériel, et l'urine ne renfermait pas d'albumine. Cet état fut amélioré par l'emploi du bromure de potassium et de l'extrait de Gelsemium. Deux ans plus tard, on put constater de nouveau qu'elle était devenue réellement choréique et que son état intellectuel était normal.

Il ne pouvait être question ici ni de tremblement sénile, car celui-ci consiste dans un mouvement rythmique toujours limité aux mains (?), ni de paralysie agitante, car le tremblement est alors régulier et ne consiste pas dans des gestes, et s'accompagne toujours de diminution de la puissance musculaire. Enfin les tremblements de la sclérose persistent pendant les efforts volontaires et coïncident avec la perte de la puissance musculaire.

OBSERVATION VIII.

Le docteur Weir Mitchell a été témoin d'un cas de chorée chez un homme de 86 ans qui, quelques mois auparavant, avait été atteint de mouvements spasmodiques dans la totalité du côté gauche. La puissance musculaire était diminuée de ce même côté, et, pendant plusieurs jours, il présentait de la photophobie et de la suffusion dans l'œil gauche et des troubles digestifs. Les mouvements choréïques, qui étaient limités au bras, à la jambe et au côté gauche de la face, variaient chaque jour en intensité et disparaissaient pendant le sommeil ou par un effort de la volonté.

Il existait un souffle très-fort à la pointe du cœur, ainsi que de la dureté et des intermittences dans le pouls. La mémoire et l'intelligence étaient intactes. Après un traitement de quelques mois, la guérison fut complète. Le malade avait fait des excès alcooliques antérieurs.

OBSERVATION IX.

Le docteur Wright, publie dans *The Lancet* du 24 Août 1878, un cas très-grave de chorée sénile, qui fut singulièrement amélioré par l'emploi du curare.

Le sujet était un homme de 68 ans, atteint depuis trois ans d'une affection choréïque tellement intense qu'il ne pouvait prononcer que quelques monosyllables (at-here), que la respiration et la déglutition étaient très gênées, qu'il était presque impossible de parvenir à lui tâter le pouls, et que le sommeil troublé par les mouvements spasmodiques incessants ne s'obtenait qu'à l'aide du chloral. Sa mère avait eu la même maladie pendant plusieurs années avant sa mort.

Aucun des remèdes employés en pareil cas n'ayant été efficace. M. Wright lui fit, du 21 janvier au 22 février 1878, presque tous les jours, une injection sous-cutanée de solution de curare, en commençant par 1/20 de grain. La jactitation avait déjà beaucoup diminué et sans qu'aucun effet fâcheux se fût produit. A la dernière dose, il était tranquille, marchait sans appui et dormait sans chloral. Le 22 février, ce brave homme pouvait lire sa Bible, ce qu'il n'avait pas fait depuis trois ans. On continue à lui pratiquer une injection deux fois par semaine. Aucun autre remède n'a été employé.

OBSERVATION X.

Lue à la Société des Sciences Médicales de Lyon, par M. Bouzol, interne des hôpitaux (30 Septembre 1877).

Clément Deville, 53 ans, cloutier, entre le 15 juin 1877, dans le service de M. Tripier.

On ne trouve chez ce malade ni antécédents héréditaires, ni alcoolisme, ni syphilis, ni rhumatisme articulaire. Il dit

s'être toujours bien porté et n'avoir jamais eu d'autre affection que celle qu'il présente, et dont il fait remonter le début au mois d'octobre 1876. A cette époque, ses membres inférieurs, sans cause connue, sont devenus brusquement le siège de mouvements désordonnés, involontaires, et en même temps de douleurs pongitives assez vives, se faisant sentir dans toute l'étendue des deux jambes, principalement au niveau des genoux et des mollets. La marche, quoique considérablement gênée, était encore possible jusqu'à ces derniers jours où le malade a été obligé de s'aliter.

Pendant quelque temps, les membres supérieurs, le tronc et la tête ne participèrent pas aux troubles musculaires des membres inférieurs; mais au bout de quelques semaines, ils furent à leur tour agités de mouvements incoordonnés et irréguliers, cessant par intervalles pour reparaître ensuite.

Tous ces phénomènes sont devenus peu à peu plus prononcés et ont surtout redoublé d'intensité depuis une quinzaine de jours.

Actuellement, le malade étant couché, on constate des mouvements très-désordonnés des membres inférieurs, mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction; on le voit se tourner et se retourner dans son lit, cherchant, mais en vain, une position qui lui procure un peu de repos.

Les membres supérieurs sont un peu moins agités que les inférieurs: ce sont surtout des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, de pronation et de supination qu'on y observe. Les épaules, brusquement soulevées, retombent ensuite pour être projetées en avant ou rejetées en arrière. Les désordres musculaires sont d'ailleurs également accusés des deux côtés.

Si l'on engage le patient à faire des mouvements volontaires, on est étonné de les voir exécutés avec assez de pré-

cision et de rapidité par les membres supérieurs. Le malade mange très-bien son potage, et n'éprouve aucune difficulté pour porter sa cuiller à la bouche; il saisit facilement la main qu'on lui tend ou un objet qu'on lui présente. A peine surprend-on, de temps à autre, quelque légère hésitation ou quelque faible écart dans l'accomplissement de tous ses actes volontaires. Le tronc participe aussi aux troubles de la motilité; il est porté tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt à droite ou à gauche.

La tête subit surtout des mouvements d'extension et de flexion. La face est légèrement grimaçante; par moments elle exprime une vive souffrance. La langue est elle-même agitée de mouvements involontaires; de temps à autre, elle est projetée hors de la bouche. La parole est embarrassée.

Si l'on fait lever le malade et qu'on lui dise de se tenir debout, en rapprochant les pieds, il perd aussitôt l'équilibre. Lorsqu'on le fait marcher, il va doucement, avec précaution, le corps fortement penché en avant, les membres supérieurs étendus et rejetés en arrière.

La force musculaire est diminuée d'une manière très-appreciable.

La sensibilité est conservée dans tous ses modes. Pas de douleur dorsale, ni en ceinture; pas de céphalalgie, mais seulement des douleurs positives dans toute l'étendue des deux jambes.

Les appareils circulatoire et respiratoire n'offrent rien d'anormal. Toutes les autres affections s'exécutent bien.

M. Tripier, après avoir constaté les symptômes qui viennent d'être exposés, porte le diagnostic de *chorée*.

Aucune cause ne peut expliquer ici le développement de cette chorée; il n'est pas rhumatisant, n'a jamais eu de frayeur ni d'émotion morale vive.

De plus, ajoute M. Bouzol, l'affection dont se trouve atteint notre malade remonte à neuf mois ; or, la chorée, même chronique, ne persiste guère au-delà du troisième mois ; cette durée, tout à fait exceptionnelle de la maladie dans cette circonstance, mérite d'être signalée.

OBSERVATIONS XI ET XII.

Dans la conférence faite le 18 novembre 1877, M. Charcot a présenté deux femmes âgées atteintes de chorée vulgaire. L'une, Couv..., âgée de 69 ans, a été prise de chorée à la suite d'un violent chagrin dont le souvenir lui fait encore verser des larmes ; le début fut brusque. L'autre, Alten..., 71 ans, a sa chorée depuis 12 ans, à la suite de chagrins domestiques. Et M. Charcot ajoute : chez ces deux malades, tout est pareil, mêmes causes et même nature émotionnelle, mêmes symptômes, même absence de diathèse rhumatismale, qui n'a point en général avec la chorée des vieillards la même liaison qu'avec la chorée des enfants. Enfin, même incurabilité ; tous les moyens essayés n'ont produit qu'une sédation passagère ; il vaut bien mieux laisser ces malades tranquilles.

Enfin, M. Charcot cite encore un cas de chorée survenue chez un homme âgé, à la suite d'une violente discussion ; deux heures après, la chorée débutait par les membres supérieurs ; elle se généralisa en quelques jours. Pendant deux ans, sommeil impossible. Le bromure de potassium à haute dose n'a produit aucun effet.

OBSERVATION XIII.

Puisée dans : *Leçons de Clinique médicale*, Graves, p. 681.

« Les auteurs qui ont écrit sur la chorée s'accordent à dire » qu'elle persiste rarement après la puberté « Nous ne ren-

« controns presque jamais cette maladie chez l'adulte, dit le
« docteur Blackmore ; quelquefois cependant elle persiste pen-
« dant toute la vie. » Il paraît évident, d'après ce passage, que
« M. Blackmore n'a jamais vu la chorée *débuter* à un âge
« avancé ; or je dois vous dire que le docteur Ireland m'a ap-
« pelé en consultation auprès de M. Pyas, un honorable
« pharmacien de Castlestreet, qui avait été pris à soixante
« et dix ans d'une chorée franche, dégagée de toute com-
« plication. La maladie était très violente et elle a duré plu-
« sieurs mois. Est-ce que la vieillesse, cette seconde enfance,
« aurait pour apanage les affections du système nerveux,
« aussi bien que l'obnubilation de l'intelligence ? »

OBSERVATION XIV.

Du même auteur.

Voici un autre exemple du même genre, il m'a été commu-
niqué par le docteur Patton (de Tanderagee). La malade est
âgée de cinquante ans ; il y a 4 ans que son mari l'a aban-
donnée, et deux ou trois de ses enfants l'ont quittée pour aller
en Ecosse. Sous l'influence de ces chagrins domestiques, elle
avait perdu ses forces et avait considérablement maigri ; au
bout de quelque temps, son sommeil fut troublé par des tres-
saillements convulsifs et, à la fin de l'année, elle fut prise de
chorée. Quoique les mouvements spasmodiques fussent très
violents, ils présentaient quelques intermissions pendant les-
quelles l'état normal de cette femme était plus satisfaisant.
L'arrivée de chaque accès était annoncée par des soupirs et
par un certain affaiblissement de l'intelligence ; les mouve-
ments choréiques et les tressaillements étaient moins pronon-
cés pendant la nuit et pendant le sommeil, mais ils ne ces-
saient pas complètement. Aujourd'hui (juillet 1847), cette
maladie a trois ans de date ; elle ne se traduit plus par des at-

taques violentes ; il y a des accès légers qui sont constamment aggravés par le *changement de lune*, par la fatigue corporelle et par les inquiétudes. Cette femme n'avait jamais eu de convulsions ; elle n'est point épileptique, elle mène une vie assez active pour son âge, et elle a toutes les apparences d'une santé parfaite. La ménopause a eu lieu il y a deux ans.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Recueillie au service de M. le Professeur agrégé E. Demange.

Chorée sénile essentielle. — Asthme cardiaque. — Légère hypertrophie du cœur.

Marguerite Guerre, Veuve Proche, laveuse, 85 ans. Entrée le 27 nov. 1882.

Antécédents : rhumatisme, alcoolisme, névropathie.

La malade dit avoir été toujours nerveuse, se fâchait, riait ou pleurait facilement. Toujours bien portante, jusqu'à 18 ans ; réglée à cet âge, régulièrement ; ménopause à 48 ans ; jamais de leucorrhée ; sueurs abondantes à l'époque de la ménopause. Premier accouchement à 23 ans ; fille morte à 16 ans à l'époque de l'établissement de ses règles. — 20 mois après, deuxième accouchement qui s'effectua bien aussi. Fille vivante encore, de tempérament nerveux, sujette à des crises d'étouffements. 14 mois après, garçon encore vivant, en très-bonne santé ; après deux ans et demi, quatrième accouchement, donnant naissance à une fille devenue folle à l'époque de la ménopause et morte à Maréville (Maison d'aliénés) à 51 ans.

N'a conservé aucun souvenir de ses parents qu'elle a perdus à l'âge de 4 et 6 ans. Sa mère serait morte hydropique, et son père aurait été tué dans un accident. Parmi ses petits-enfants, l'un aurait eu des convulsions.

Elle a eu la jaunisse à 51 ans ; à 71 ans, rhumatismes qui la clouèrent au lit pendant trois semaines. En 1870 (72 ans)

rhumatismes de l'épaule droite. La malade dit seulement qu'à la suite d'un refroidissement contracté au lavoir, elle eut des frissons et une impossibilité de mouvoir les membres.

Jamais de taches sur le corps, ni de mal de gorge (syphilis).

La malade faisait le métier de laveuse depuis l'âge de 30 ans et le continua jusqu'à 80 ans ; habitait toujours un rez-de-chaussée, se nourrissait assez mal, mais absorbait passablement d'eau-de-vie.

Il y a deux ans, la malade a commencé petit à petit à avoir des mouvements désordonnés qui ont d'abord occupé le bras et la jambe du côté droit et se sont étendus ensuite au côté gauche ; la malade n'a jamais eu d'attaque et a toujours pu marcher, mais en risquant de tomber à cause de ses mouvements incohérents.

Jamais de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, avait souvent des crampes dans les mollets en rentrant du lavoir. Depuis trois mois, elle se plaint d'étouffements, ce qui n'était jamais arrivé même quand elle faisait des efforts ou qu'elle exerçait son métier. Jamais de battements de cœur, jamais d'œdème des jambes, de la paroi abdominale ni de la face. Ne toussait et ne crachait jamais.

Etat actuel. 30 novembre 1882. Femme de 85 ans ; amaigrissement ordinaire à cet âge.

Système nerveux. L'intelligence est très-nette et très-vive ; la malade répond très-bien aux questions et la mémoire est bien conservée.

Ce qui frappe d'abord, en l'examinant, ce sont des mouvements désordonnés du bras et de la tête, s'accompagnant d'essoufflements. Ces mouvements disparaissent pendant le sommeil, s'exagèrent quand la malade est assise ou debout, ou quand elle est l'objet de l'attention de quelqu'un.

Le mouvement est rapide, non rythmique, et consiste en

une rotation continuelle de la main sur l'avant-bras, de celui-ci sur le bras et du bras sur l'épaule ; la main est projetée dans toutes les directions ; dans les moments de calme relatif, l'avant-bras reposant sur le lit, la main et l'avant-bras exécutent un mouvement de va et vient dans le sens de l'axe du membre, comme si la malade voulait user ses draps.

Ces mouvements sont surtout marqués du côté droit, mais existent également à gauche, d'une façon très-nette. Lorsque l'on commande à la malade de rester tranquille, elle obéit pendant quelques secondes à cet ordre, puis tout reparaît comme auparavant. Si on fait porter un verre à la bouche, la malade le saisit par un mouvement brusque, le porte rapidement à la bouche, mais en déviant un peu jusqu'à ce qu'un mouvement brusque ramène le verre dans la bonne direction. La malade, pour donner un but à son besoin d'agitation, attache à sa chemise un mouchoir qu'elle étire dans tous les sens, ou bien place ses bras sous sa tête pour les croiser ensuite brusquement sur sa poitrine, et ainsi de suite.

Quand on cherche à imprimer soi-même des mouvements aux divers segments du membre supérieur, on constate l'absence de raideur musculaire permanente, mais on sent à tout instant des contractions intermittentes et irrégulières.

La force musculaire donne au dynamomètre : main droite 15, main gauche 18.

La tête prend part à l'agitation, se porte à droite, à gauche, puis demeure immobile ; alors la malade mord son mouchoir.

En même temps, la respiration est composée d'une série d'inspirations et expirations rapides, au nombre de 6 à 8, produisant un bruit de soufflet au niveau des lèvres et s'accompagnant quelquefois de bruits laryngiens ; puis survient une période de quelques secondes de repos, puis une nouvelle reprise.

Les traits de la face ne sont pas déviés ; peut-être y a-t-il un léger abaissement de la commissure labiale du côté droit ; la langue est animée de petits mouvements quand la malade la projette hors de la bouche.

Rien d'anormal du côté des yeux, pupilles égales réagissant bien sous l'influence de la lumière ; vision intacte des deux yeux, pas de strabisme ni de diplopie.

L'audition est très-nette ; pas d'embarras de la prononciation, mais phrases entrecoupées par la respiration spéciale signalée plus haut.

Les jambes sont le siège de mouvements analogues à ceux du bras ; la malade atteint avec son pied les objets qu'on lui présente, mais avec un peu d'incohérence dans les mouvements. La marche est titubante et sautillante, et la malade risque à chaque pas de tomber. Les réflexes tendineux et le réflexe du pied sont abolis ; quand on imprime à la jambe des mouvements de flexion sur la cuisse, la malade se contracte le plus souvent, mais par moments cette flexion s'exécute très-facilement.

La *Sensibilité* au tact, à la douleur, à la température est partout conservée ; quand la malade marche, elle sent parfaitement le sol avec la plante du pied. Les sens spéciaux sont intacts. Sensation de fourmillements dans le bras droit venus petit à petit, sans que la malade puisse préciser leur époque d'apparition.

Céphalalgie frontale peu vive et non continue, habituelle.

Pas de troubles trophiques, pas d'eschares au sacrum ; la malade dort assez bien, mais rêve beaucoup ; pas de cauchemars ; ni urines, ni selles involontaires.

Appareils circulatoire et respiratoire. — La malade a de l'essoufflement ; pas de palpitations, pas d'œdème ni de cyanose.

La respiration présente les caractères déjà décrits. Ni toux, ni expectoration.

Thorax amaigri ; creux sus et sous claviculaires et espaces intercostaux accentués ; le sternum proémine légèrement en avant. — A la percussion, sonorité exagérée vers les 3^e, 4^e et 5^e espaces en se rapprochant de la ligne médiane ; submatité hépatique au 6^e espace et cessant à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal. — A l'auscultation, respiration sèche, humée ; l'expiration est difficile à percevoir. — La pointe du cœur bat au 5^e espace à un travers de doigt en dehors du mamelon ; choc du cœur faible.

A l'auscultation : à la pointe, 1^{er} bruit éclatant, un peu prolongé ; 2^{me} bruit peu net ; à la base, 1^{er} bruit prolongé et soufflé. Ces bruits et ce souffle s'entendent au cou sur tout le parcours des carotides, et peuvent tenir à l'athérôme de l'aorte au-dessus des valvules. Pouls lent, inégal, irrégulier, peu dépressible ; la radiale est légèrement flexueuse.

En arrière, submatité à partir de l'angle des omoplates jusqu'aux trois derniers espaces qui donnent de la matité complète ; l'auscultation est rendue difficile par la façon irrégulière dont respire la malade et par ses mouvements désordonnés. Il semble que le murmure vésiculaire ait disparu ; de temps à autre, on entend des sibilances.

Appareil digestif. — Langue normale ; la malade a des pituites le matin ; pas de douleurs au creux épigastrique, pas de coliques, appétit conservé, va à la selle chaque deux jours, pas de diarrhée.

Résumé. — Chorée sénile, chronique, essentielle, avec retentissement sur le cœur (asthme cardiaque ou chorée cardiaque) ayant amené une légère hypertrophie de cet organe (peut-être due à l'athérôme) ; pas de lésions valvulaires,

souffle anémique à la base. Léger emphysème pulmonaire récent; régurgitations glaireuses et hypertrophie du foie dues à l'acoolisme.

Traitement. — Hyoscyamine : 2 granules de 1^{mmgr} par jour.

12 *Décembre*. La malade se plaint de douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite.

13. Cette douleur a disparu.

1^{er} *Février* 1883. L'état choréique persiste toujours, mais il s'accroît bien plus du côté droit que du côté gauche; le mouvement d'élévation du bras est limité à droite à l'angle droit avec le thorax, à cause de la douleur qu'il détermine.

Bromure de sodium 2 gr., par jour.

26 *février*. Aucune modification du côté des troubles moteurs.

10 *Mars*. Suspension du bromure de sodium. Les mouvements choréiques s'accroissent de plus en plus à droite et au membre supérieur.

17 *mai*. Les mouvements choréiques ont augmenté d'intensité depuis une huitaine de jours; cet accroissement coïncide avec l'élévation de température atmosphérique.

23 *mai*. Prescription de monobromure de Camphre, 0 gr. 10 par dragée; 5 dragées par jour.

11 *juin*. La malade cesse le traitement, aucun résultat n'ayant été acquis.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Recueillie au service de M. le Professeur agrégé E. Demange.

Bolliet, 68 ans, jardinier; chorée, hypertrophie du cœur gauche, alcoolisme. Bonne santé habituelle, n'a jamais fait de grosse maladie; jamais de rhumatisme articulaire, ni aigu, ni chronique; pas d'antécédents syphilitiques; alcoolisme pro-

bable. Le tremblement aurait commencé brusquement à la suite d'excès de boissons ; le malade ne dit pas quel côté ou quel membre a d'abord été le siège du tremblement. Ces mouvements ont continué jusqu'à présent avec la même intensité qu'au début.

Pas d'antécédents du côté du système nerveux dans la famille. Jamais de battements de cœur, ni d'œdème périmaléolaire ; jamais d'attaques ni perte de connaissance ni vertiges.

12 mars 1883. Etat actuel.

Système nerveux. Intelligence et mémoire conservées. Le malade s'agite continuellement pendant qu'on lui cause et tourne la tête de divers côtés, en accompagnant ce mouvement de quelques grimaces. Il n'y a nulle part de paralysie du mouvement. Lorsqu'on fait étendre les doigts au malade, ceux-ci sont animés d'un léger tremblement. Par moments le malade, étant au repos, a des mouvements brusques, non rythmiques des doigts et des mains ; il ne peut écrire son nom qu'en caractères très-irréguliers.

Quand on donne un but aux mouvements volontaires du malade, on constate que la main ne se dirige plus tout à fait directement vers l'objet, mais décrit quelques oscillations à droite et à gauche ; si les mains effectuent un travail quelconque, celui-ci est interrompu par des mouvements désordonnés, et des contorsions dans tous les sens. Pour saisir une épingle, le malade incline le bord radial vers elle et ne la saisit qu'après maints efforts infructueux.

Dynamomètre : main droite, 32 ; main gauche, 33.

Le malade marche assez facilement. Agitation considérable et mouvements irréguliers des membres inférieurs quand le

malade s'habille ou se déshabille. L'agitation cesse pendant le sommeil.

Appareil cardio-pulmonaire. — La pointe du cœur bat au 6^e espace à deux travers de doigt en dehors du mamelon ; léger frémissement à la pointe ; quelques battements épigastriques ; premier temps prolongé avec retentissement métallique, se prolongeant vers l'aisselle. Bruits sourds et lointains à la base. Pouls égal et régulier. Artère radiale légèrement athéromateuse.

Ni toux, ni expectoration. Jamais d'hémoptysies.

Appareil digestif. — Absolument normal.

OBSERVATION XVII. (Personnelle)

Recueillie au service de M. le Professeur agrégé E. Demange.

Chorée sénile, hémiplegie droite. Aphasie. Suspension puis retour de l'hémichorée droite. Autopsie : Atrophie de la couche optique gauche.

Etienne Marianne, vigneronne, âgée de 82 ans, entre le 1^{er} mars 1879 au service de M. Demange (n^o 3 de l'infirmerie des femmes).

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. Depuis sept ans, la malade est sujette à des mouvements choréiformes des deux côtés ; depuis six mois, elle a eu plusieurs attaques.

État actuel. — (1^{er} mars 1879). Hémiplegie portant sur tout le côté droit ; diminution de la sensibilité du même côté. Langue déviée à droite ; tendance de la tête à la rotation du côté droit ; pas de contracture dans le membre inférieur droit ; légère contracture des doigts de la main droite.

La chorée était généralisée ; les mouvements choréiques ont cessé dans le côté paralysé.

La malade ne peut plus parler ; elle bégaye et ne peut articuler aucune parole ; cependant elle semble comprendre les questions.

4 juin. L'usage de la parole est à peu près revenu.

13 novembre. Parole de nouveau à peine intelligible ; depuis trois mois, elle a eu de meilleurs moments pendant lesquels elle se faisait comprendre ; sommeil assez bon ; appétit conservé.

Même état des mouvements choréiformes ; l'hémiplégie paraît moins prononcée qu'auparavant du côté droit ; le bras de ce côté peut se fléchir ; l'abduction se fait également ; légère contracture des doigts en position de flexion. Force dynamométrique : main dr. 0, main g. 5.

Dans la jambe droite, les mouvements se font presque aussi bien que du côté gauche, c'est-à-dire que la malade peut élever ses jambes et toucher avec ses orteils la main ou tout autre objet, et cela d'une façon directe et sans oscillations pouvant révéler une lésion pathologique.

Toutefois, malgré la conservation de ces mouvements dans les membres inférieurs, la station debout est impossible ; il en est de même de la station assise.

Les mouvements choréiformes se passent dans les jambes qui se fléchissent et s'étendent ; les bras, pendant ce mouvement, se joignent sans grand effort apparent.

Les épaules se soulèvent, comme dans le geste du mépris (haussement d'épaules), la tête se tourne d'un côté ou de l'autre comme pour fuir la vue d'un objet. Aussitôt après, la langue s'incurve dans la bouche et les lèvres semblent marmotter des mots, mais la malade ne profère aucune parole.

La sensibilité à la douleur est certainement affaiblie à gauche, mais on ne peut absolument pas obtenir de réponse

de la malade pour s'éclairer sur les autres sensibilités tactile et thermique.

Respiration et circulation normales. — Rien au cœur. Artères flexueuses et athéromateuses.

4 février 1881. La malade est tombée dans un état voisin du coma ; les lèvres sont bleues.

5 févr. L'état s'est un peu amélioré ; l'aspect semi-comateux s'est dissipé.

16 mars 1882. *L'Hémianesthésie est complètement disparue, les mouvements choréiformes se sont étendus du côté sain au côté hémiplegié* (nouvelle généralisation de la chorée).

La raideur est augmentée au bras paralysé : l'aphasie est presque complètement disparue.

4 mai. Rétraction de la jambe droite qui est fortement fléchie ; l'extension est impossible ; les tendons des muscles postérieurs de la cuisse sont durs, rigides, saillants.

6 juillet. Les rétractions vont toujours en augmentant ; la malade ne vit plus que de la vie végétative ; toute intelligence semble perdue ; aux soins qu'on a pour elle, elle répond par des grognements ; elle se fâche souvent et sa face prend un air irrité ; d'autres fois, elle pleure et pousse de petits cris plaintifs.

Elle demande souvent à boire par un geste.

La jambe droite se rétracte de plus en plus, au point de toucher presque son menton, et la jambe gauche la suit un peu dans ce mouvement de flexion forcé.

Août. La malade perd l'appétit ; elle tombe de plus en plus dans la cachexie.

Elle meurt le 4 septembre 1882.

Autopsie. — Foie, 1020 gr., petit, dur, granuleux. tissu sclérosé, peu congestionné.

Reins séniles, 110 gr.

Cœur grassex ; couleur feuille morte ; poids : 240 gr.

Cerveau, 1050 gr. Œdème cérébral.

A la coupe de Flechsig, on constate une atrophie très-prononcée de la couche optique gauche, réduite au volume d'un gros haricot : foyers miliaires multiples de ramollissement à la partie postérieure du noyau lenticulaire gauche.

Capsule intacte. Rien dans l'hémisphère droit.

Troisième circonvolution frontale gauche et Insula de Reil sains.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce n'est pas indifféremment que nous avons intitulé notre thèse : « De la chorée vulgaire chez le vicillard » de préférence au titre : « De la chorée sénile » que nous avons d'abord adopté ; il nous a paru, en effet, que la chorée du vicillard n'était pas une entité morbide spéciale à l'âge avancé, au même titre que l'athérome ou le rhumatisme chronique par exemple, mais que cette maladie ne différait pas, dans son essence, selon qu'elle s'installait pendant la jeunesse ou la vieillesse ; seulement, à l'instar de la pneumonie, elle emprunte quelques caractères particuliers au terrain sur lequel elle évolue. C'est ce que nous avons cherché à démontrer en nous appuyant sur les observations qui servent de base à notre travail.

En effet, que la chorée surprenne un enfant ou un vicillard, le tableau clinique est à peu près le même, il n'est pas un seul symptôme qui ne soit commun aux deux âges ; seule l'évolution de la maladie présente quelques variétés, en raison du milieu atonique, impropre à la résistance que présente l'organisme du vicillard.

Si, comparant entre elles toutes les observations que nous avons pu réunir, nous essayons d'en faire en quelque sorte la synthèse, reléguant au second plan les accidents qui peuvent être imputés à des causes secondaires, telles que l'alcoolisme, le rhumatisme, les affections de cœur, pour ne prendre en considération que les manifestations indubitables de la chorée, nous arrivons à la conception d'une maladie type, d'un mo-

dèle qui ne diffère pas du tableau offert par l'enfant atteint de la même maladie.

Dès le début, ce sont les troubles de la motilité qui éveillent l'attention du malade ; ils se limitent ordinairement à quelques muscles de la face ou surtout des membres supérieurs ; les mains deviennent inhabiles, laissent échapper facilement les objets saisis ; puis l'incoordination s'étend peu à peu à la plupart des muscles ; le malade ne peut rester au repos, la figure grimace, la tête tourne à droite ou à gauche, s'incline en avant ou en arrière, les épaules se soulèvent, le tronc s'incline de côté et d'autre, les extrémités supérieures et inférieures exécutent les mouvements les plus variés ; ce désordre augmente encore lorsque le malade sait qu'il est l'objet de l'attention de personnes étrangères ou qu'il éprouve une émotion quelconque ; il ne disparaît (sauf de très-rares exceptions) que pendant le sommeil. Tous les actes volontaires sont empreints de maladresse : le choréique ne peut porter un verre d'eau à sa bouche sans d'abord le dévier considérablement de sa direction ; si l'on se fait serrer la main par lui, on ressent une série de secousses, de force inégale, au lieu d'une pression continue ; la démarche est incertaine et vacillante, les jambes fléchissent tout à coup, les chûtes sont fréquentes et souvent les malades ne peuvent se tenir debout.

Les muscles de la langue et des lèvres participent quelquefois à cette incoordination, d'où résulte un grand embarras de la parole ou des bruits de claquement tout particuliers ; le larynx, le pharynx peuvent eux-mêmes être atteints, la déglutition se fait avec rapidité ou avec une grande gêne et la voix prend un caractère particulier de brièveté.

Dans les cas graves (obs. II), l'agitation est continuelle et ne disparaît même pas pendant le sommeil ; suivant l'expression imagée de Bouillaud, il existe une véritable folie musculaire ;

les malades ne peuvent même plus rester dans leur lit; on est obligé de les nourrir; les parties du corps qui subissent le plus souvent la pression ou les frottements des draps, des murs, s'écorchent et présentent des plaies étendues et très-rebelles. Malgré les mouvements incessants qu'ils exécutent, les malades ne se plaignent pas de fatigue.

Nous avons pu relever dans plusieurs observations l'existence d'un affaiblissement notable de l'intelligence; souvent même les malades sont en proie à des hallucinations; ils voient des animaux fantastiques, croient entendre des voix, et cela sans participation nécessaire d'excès alcooliques antérieurs; enfin les troubles intellectuels engendrent souvent la lypémanie.

A aucune période de la chorée il n'existe de fièvre, sauf à la période terminale où parfois la mort est précédée d'une élévation considérable de la température; toutes les fonctions de la vie animale s'exécutent bien; le cœur bat souvent avec une régularité parfaite; seule la nutrition souffre dans les cas où les malades éprouvent de la gêne de la déglutition et où l'agitation, ne disparaissant pas pendant le sommeil, donne lieu à un rapide épuisement.

Tel est le résumé des observations que nous présentons; tous les malades n'offrent pas au complet ce triste spectacle, mais tous viennent puiser à ce tableau un nombre plus ou moins considérable de symptômes.

On voit, par cette description, que la chorée du vieillard a de nombreuses similitudes avec la chorée de l'enfant, ou, pour mieux dire, qu'elle lui est identique, si l'on considère chaque symptôme individuellement, mais nous allons voir que l'évolution de la maladie est différente et chemin faisant nous ferons ressortir toutes les particularités intéressantes qui caractérisent la chorée sénile.

Tout d'abord examinons le degré de fréquence de la chorée : nous avons pu recueillir 28 observations, dont 11 n'ont pu être que citées, la relation nous ayant fait défaut. Certainement il a dû nous arriver d'en omettre un certain nombre, aussi nous croyons-nous autorisé à révoquer en doute la grande rareté de la chorée chez le vieillard ; on a en effet très-exagéré le peu de fréquence de cette névrose. C'est ainsi que M. Berdinel (chorée des adultes, 1878) avance que le cas de H. Roger est jusqu'ici unique dans la science, que M. Charcot ne cite, en dehors de ceux qu'il présente, que trois cas connus à la date du 9 mars 1878, et que tous les auteurs, en général, répètent les uns après les autres la même opinion, semblant toujours croire unique l'observation qu'ils font connaître ou qu'ils évoquent.

Pour ce qui a trait à la forme de la chorée, nous venons de voir qu'elle était peu modifiée lorsqu'elle est transplantée chez le vieillard ; tout ce que l'on peut noter de plus important, c'est la marche essentiellement chronique, la variété peut-être un peu moins grande des mouvements choréiques de la face (obs. III) et aussi la longue durée de la chorée chez les personnes avancées en âge.

Un autre fait remarquable, déjà entrevu par M. Charcot et que mettent bien en relief nos observations, c'est l'absence de relation entre la chorée sénile et le rhumatisme, ce qui est tout différent dans la chorée infantile, et même il est rare de trouver chez les vieilles choréiques aucune des formes du rhumatisme articulaire chronique qui s'observent fréquemment dans les hospices. Nous n'avons trouvé que deux atteintes antérieures de rhumatisme aigu parmi nos observations (obs. IV et XV) et aucune atteinte de rhumatisme chronique.

Il est également rare de constater des lésions du cœur ; l'observation VIII est la seule qui rapporte une coïncidence de ce genre.

Une remarque non moins intéressante, dont nous apprécions la valeur à propos du diagnostic de la chorée sénile essentielle avec la chorée symptomatique, ressort de nos observations : c'est l'absence absolue de troubles de la sensibilité chez le vieillard ; tandis que M. le Dr Moynier a appelé l'attention, dans sa thèse inaugurale, sur la fréquence de ce symptôme dans la chorée de l'enfant, nous n'avons pu le découvrir dans aucune de nos observations, où il est chaque fois noté que la sensibilité était intacte dans toutes ses formes, même dans le cas si grave qui fait le sujet de l'observation II.

Enfin la chorée, chez le vieillard, paraît être une maladie émotionnelle au premier chef, comme le sont tant d'autres névroses ; c'est presque toujours à la suite de chagrins domestiques ou de frayeurs subites, ou de discussions vives que la maladie survient.

En établissant la statistique de nos observations, nous arrivons aux résultats suivants : C'est toujours chez les femmes que la chorée se montre le plus fréquente, aussi bien à l'âge mûr que dans la tendre enfance ; en faisant en effet le relevé des cas dont la description ne laisse aucun doute au sujet du diagnostic, nous trouvons le chiffre 12 pour le sexe féminin et 7 pour les hommes ; la moyenne des âges auxquels a apparu la chorée est 70 ans. Nous trouvons ainsi une confirmation à cette proposition énoncée par Trousseau, à savoir que la chorée est une exception chez les hommes, passé l'âge de quinze ans, tandis qu'on en citerait encore un assez bon nombre d'exemples chez les femmes.

Enfin nous avons observé 4 cas d'hémichorée pour 13 de

chorée généralisée, soit la proportion d'un quart, déjà relevée par Hammond pour la chorée du jeune âge.

« Ainsi donc, comme le dit M. Raymond, dans son expression symptomatique principale, la chorée du vieillard ressemble à celle de l'enfant; les mêmes divisions, les mêmes types peuvent s'appliquer à la description de la névrose chez l'un et chez l'autre; mais il y a dissemblance quand au mode de début, aux symptômes concomitants, à la marche et surtout à la durée. Le début est brusque, presque instantané; si l'on retrouve chez quelques malades des traces d'un état névropathique plus ou moins accusé, cet état n'était ni plus ni moins fort au moment de l'apparition ».

M. Raymond insiste également sur l'absence de douleurs rhumatismales antérieures; les troubles intellectuels sont relativement rares; en effet ils ne se sont présentés à un degré un peu accusé que dans les observations IV, V et XVII, sans même pouvoir être imputés à la chorée. Mais les troubles psychiques manquent rarement; est-ce le fait de la sénilité ou de la chorée, toujours est-il que le vieillard choréïque s'émue facilement, pleure volontiers, est souvent sombre, taciturne, mélancolique. La triste situation dans laquelle il se voit plongé, sans grand espoir d'amélioration, est sans doute la cause de ce changement de caractère.

Nous ne pouvons mieux terminer ce parallèle qu'en transcrivant ici ce passage de l'article Chorée du dictionnaire encyclopédique :

« En résumé, la chorée du vieillard se rattache par un seul côté, de beaucoup le plus saillant, il est vrai, à la chorée de l'enfant. Les contrastes visibles pendant la période d'état ne sont pas les seuls; nous savons comment un vieillard devient choréïque, souvent il ne cesse de l'être qu'à la mort. Quand

même la santé générale serait florissante, quand les années n'auraient fait qu'augmenter l'intelligence, quand il n'y aurait ni anémie ni amaigrissement, le vieillard est exposé à ne pas guérir. La chorée sénile est une infirmité plutôt qu'une maladie. Ainsi ressemblance négative donnée par les examens cadavériques qui ne montrent rien dans les deux cas, ressemblance positive par le symptôme prédominant, différence dans les phénomènes accessoires, dans la marche et dans le pronostic. » (M. Raymond).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Reléguée d'abord au rang des névroses, ce « caput mortuum » des affections nerveuses, la chorée essentielle tend à sortir de l'obscurité où l'avait jusqu'ici maintenue sa nature pour ainsi dire immatérielle et à prendre place au rang des maladies à lésion bien déterminée.

Cette transformation, bien qu'obtenue par une voie un peu détournée, n'en est pas moins très-fondée, car dans l'essence seule, et non dans le siège anatomique, réside la différence entre la chorée symptomatique et la chorée idiopathique, ces deux affections si radicalement distinctes au point de vue nosographique. En effet, si nous admettons que le symptôme chorée ait pour siège anatomique un certain faisceau de fibres bien déterminé, lorsque la chorée est essentielle et dégagée de toute complication, la lésion de ce faisceau est trop délicate pour pouvoir nous être révélée par nos sens, même armés des instruments les plus parfaits ; dans la chorée symptomatique, au contraire, la lésion dépasse toujours de beaucoup le territoire de ce faisceau, elle envahit d'autres départements qui sont eux-mêmes le siège de fonctions importantes, d'où l'hémiplégie, l'hémianesthésie, etc..., mais comme assez souvent tel cas clinique possède un symptôme qui fait défaut à tel autre, il en résulte que l'on a pu, en procédant par élimination, établir assez exactement le siège de chaque trouble fonctionnel, et en particulier celui du symptôme chorée.

Du jour où ce siège de la chorée symptomatique fut déterminé, on fut amené à penser qu'il fallait chercher dans le même point celui de la chorée essentielle : d'une lésion à l'autre, il n'y avait d'autre différence que celle de la ténuité, de la délicatesse. Ainsi entrevue, l'anatomie pathologique de la chorée essentielle se confond avec celle de la chorée symptomatique ; toute recherche relative à l'une sera applicable à l'autre.

Les nombreuses études qu'a suggérées cette question délicate ont eu pour résultat que la chorée n'avait pas un siège unique, que divers étages cérébraux se partageaient sa localisation, et en effet, cela était à prévoir, car il ne s'agit plus ici de localisations dans des cellules cérébrales, mais bien dans des fibres motrices ayant un parcours étendu, passant d'un étage cérébral à l'autre, fibres dont la lésion, en quelque point de leur trajet qu'elle se produise, aboutit toujours au même trouble moteur.

Malheureusement, les cliniciens n'étaient pas tous d'accord au sujet de la délimitation exacte de ce faisceau de l'hémi-chorée. L'Ecole française, présidée par M. Charcot, ralliait la plupart des auteurs, mais quelques-uns, de l'école allemande principalement, ne partageaient pas la même manière d'interpréter les lésions ou plutôt assignaient à ce faisceau une autre direction que les premiers. En présence de champions aussi autorisés, nous ne nous serions pas permis de consacrer, dans cette monographie, un article à l'anatomie pathologique de la chorée symptomatique, si parmi nos observations, nous n'en possédions une (OBS. XVII), dont l'autopsie révéla une lésion anatomique toute particulière confirmant en apparence l'opinion de Nothnagel, le savant professeur de l'Université d'Iéna.

Nous disons *en apparence*, parce que si la lésion qui intéresse, dans notre cas comme dans celui sur lequel s'appuie

Nothnagel, la couche optique en laissant la capsule intacte, rend notre observation analogue à celle du clinicien allemand, et semble lui donner gain de cause, il nous a paru que les conclusions à tirer dans les deux cas étaient loin de s'accorder avec les déductions de Nothnagel, et que l'observation, sur laquelle il fonde sa théorie, peut tout aussi bien servir à la confirmation des idées émises par l'Ecole française.

En effet, nous savons que M. Charcot, ainsi que son élève distingué, M. Raymond, dont les opinions furent d'abord adoptées en France presque unanimement, s'étaient crus en droit de conclure que l'hémichorée reconnaissait pour cause une lésion limitée de la partie la plus reculée du segment postérieur de la capsule blanche interne, et qu'il existait en ce point un faisceau de fibres motrices dont la destruction ou l'irritation pouvait être rendue justiciable des troubles moteurs symptomatiques. Ainsi que l'a prouvé maintes et maintes fois la clinique, la conclusion était exacte, mais trop restreinte, c'est-à-dire que l'hémichorée ne devait pas être assimilée à la faculté du langage par exemple, mais, en sa qualité de trouble moteur, devait reconnaître pour siège, toute une série de fibres motrices, formant un faisceau étroit mais très allongé, de telle sorte qu'une lésion située à une extrémité de ce faisceau, pouvait produire l'hémichorée au même titre qu'une lésion située à l'autre extrémité ou sur le parcours de ce même faisceau. C'est ce que chercha à démontrer M. Ricoux, dans sa thèse inaugurale, en réunissant les quelques cas existant d'hémichorée liée à des lésions des étages supérieur et inférieur du cerveau, et non plus seulement de l'étage moyen, et en y ajoutant un nombre respectable d'observations recueillies au service de M. le professeur agrégé E. Demange, il arriva, fort des données de la clinique, à concevoir l'existence d'une zone occupant la région sensitivo-motrice et psycho-

motrice toute entière, zone dont la destruction partielle détermine des troubles moteurs limités à un membre ou généralisés, selon le nombre de centres moteurs qu'elle avait pu intéresser ; de même, plusieurs exemples de lésions siégeant dans l'étage inférieur (pédoncules cérébraux, pont de Varole, bulbe), lui permirent de tracer, dans la masse encéphalique, tout un faisceau responsable des troubles de la coordination motrice. Tel est le résultat le plus récent obtenu dans cette question si difficile, résultat non moins brillant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, car, si jamais la structure et le fonctionnement du cerveau peuvent être connus, ce sera certainement par la clinique seule, ainsi appliquée.

Mais l'opinion émise par l'Ecole de la Salpêtrière avait trouvé à l'étranger des contradicteurs et pour ne parler que de celui à qui l'observation suivie d'autopsie que nous possédons semble donner raison, Nothnagel avait avancé que ce n'est pas la lésion des faisceaux qui traversent la capsule interne qui produit l'hémichorée (ou cela est rare), mais bien la lésion des faisceaux qui de la couche optique se rendent à la couronne rayonnante ou la lésion de la couche optique elle-même. Il n'y avait pas de compromis possible avec l'Ecole française, pour laquelle la lésion de la couche optique n'a rien à voir dans la production de l'hémichorée (1). L'auteur allemand s'appuyait surtout, pour avancer sa théorie, sur une observation fournie par un auteur anglais, Gowers, dans laquelle la lésion de la couche optique, seule atteinte, avait déterminé de l'hémichorée.

De même que M. Charcot, Nothnagel était trop exclusif en localisant la chorée dans la couche optique ou dans son voisinage.

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1877. Tome II, p. 339.

L'exposé de la question ainsi établi, en nous reportant à notre observation, nous remarquons que la capsule interne est restée indemne, tandis que la couche optique est atrophiée dans toute son étendue; la lésion est donc bien identique à celle de l'observation de Gowers. Mais contrairement au clinicien allemand, allons-nous conclure que l'hémichorée, existant pendant la vie, doit nécessairement siéger dans la couche optique? Nous ne le pensons pas, et cela à cause de la coexistence d'un symptôme très important, l'hémianesthésie, qui a précisément disparu au moment où les mouvements choréiformes renaissaient dans le côté hémiplégié, ainsi que l'indique très-nettement l'observation.

Or, en cherchant ce que nous apprend la physiologie sur le siège de la sensibilité, nous avons vu qu'il est hors de doute actuellement que la couche optique n'a rien à revendiquer dans le symptôme anesthésie, que l'opinion de Todd et Carpenter qui faisaient de ce ganglion le *sensorium commune* et le foyer d'origine des nerfs sensitifs a été combattue par Longet, Vulpian, Broadbent et Nothnagel lui-même; que d'autre part, il est certain de nos jours que le faisceau des fibres sensitives occupe une partie du segment postérieur de la capsule interne. En raison de ce que cette capsule était saine à l'autopsie et que cependant la présence de l'hémianesthésie était toujours à justifier, nous n'avons trouvé qu'une seule explication possible de cette abolition de la sensibilité, c'est d'admettre qu'en même temps que la couche optique subissait sa lésion, la capsule était provisoirement anéantie, également par ischémie, au niveau du passage des fibres du faisceau sensitif; peu à peu, la sidération cessant, la capsule a recouvré son fonctionnement normal et ne présentait par conséquent aucune lésion à l'examen cadavérique; à mesure que le faisceau sensitif recouvrait sa circulation, un instant

ralentie, qu'il sortait de sa surprise pour ainsi dire, la conductibilité de l'influx nerveux renaissait et l'hémianesthésie disparaissait ; mais nous savons d'autre part qu'une condition indispensable à la production des hémitremblements, et en particulier de l'hémichorée, est que le faisceau des fibres motrices ne soit pas altéré (comprimé ou déchiré ou ischémié) *dans sa totalité* ; aussi l'hémichorée, momentanément suspendue par suite de la sidération trop prononcée de la capsule, se reproduisit-elle lorsque celle-ci put recouvrer son fonctionnement.

Telle est, à notre avis, l'explication la plus rationnelle de ce retour du symptôme hémichorée, retour coïncidant avec celui de la sensibilité, et cette explication nous amène à penser que le vrai siège de l'hémichorée symptomatique était plutôt dans la capsule que dans la couche optique, et notre cas justifierait parfaitement cette proposition énoncée dans la thèse de M. Raymond : « Il faut bien insister sur ce point, pour « accorder au symptôme hémianesthésie toute la valeur qu'il « mérite, c'est qu'il est rare ; les statistiques le prouvent ; « donc rien de commun comme l'hémiplégie liée à une lésion « cérébrale, rien de rare comme l'hémianesthésie accompagnant « ces hémiplégies, et aussi rare est l'hémichorée ; or, ces « deux phénomènes, hémichorée et hémianesthésie, sont « souvent liés l'un à l'autre, mais non pas nécessairement ; « donc, puisqu'ils peuvent exister séparément, on peut en « conclure à priori que les lésions qui leur donnent naissance « ne siègent pas au même point, et cependant elles doivent « être très-rapprochées, à cause de la coexistence fréquente « des deux symptômes ».

Le choc, simplement momentané de la capsule ne laissant aucune trace, il est évident que le problème est bien épineux, mais nous ne nous croyons pas autorisé, par l'absence de

lésion de la capsule, à incriminer la couche optique, et puisque nous citons le cas de Gowers d'hémichorée consécutive à une lésion hémorragique de la couche optique, la capsule restant intacte, il nous a paru intéressant de rechercher si dans ce cas, auquel le Professeur d'Iéna accorde tant d'importance pour saper la théorie française, la capsule, saine en apparence, n'avait pu être comprimée par l'épanchement, car que la sidération soit le fait d'une compression ou d'une ischémie passagères, le résultat est évidemment le même. Nous transcrivons donc cette observation de l'auteur anglais Gowers que nous avons trouvée traduite en la langue allemande dans l'ouvrage de Nothnagel : (1)

Femme de 41 ans qui contracta, il y a six mois, une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle le bras et la jambe du côté droit furent paralysés pendant un mois. A son entrée, il restait encore une légère paralysie de la partie inférieure du visage à l'occasion des mouvements réflexes, mais non des mouvements spontanés. Le bras était encore très-faible, elle pouvait à peine élever la main à la hauteur de la tête. La main, au repos, était en extension, les doigts s'écartaient et montraient dans leurs mouvements une bizarrerie étonnante et une incoordination à forme lente. Vives douleurs spontanées dans le bras à la main. Au bout de quatorze jours, la jambe reprit des forces au point que la malade put marcher seule. Elle sortit de l'hôpital et mourut bientôt d'une nouvelle attaque d'apoplexie, à l'occasion de laquelle on trouva une collection hémorragique dans la protubérance.

On constata à l'autopsie les lésions suivantes : la couche optique gauche offrait à sa surface, en avant du tubercule quadrijumeau postérieur, une excavation à grand axe transversal. A la coupe on voyait un foyer de la grosseur d'une demi-noix, plein de matière ocreuse, situé presque au milieu du thalamus, s'étendant du côté interne et postérieur jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur, et du côté externe ne s'étendant pas au delà des limites du thalamus, mais se ter-

(1) Loc. cit. p. 228.

minant par un bord crénelé au niveau du côté interne du faisceau de la capsule blanche interne.

Telle est cette observation que Nothnagel trouve si concluante. Mais en lui appliquant les mêmes restrictions qu'à déjà suggérées notre cas, nous ne pouvons nous empêcher de croire qu'une lésion aussi étendue, s'arrêtant à la limite de la couche optique et de la capsule et consistant surtout en un foyer hémorragique en partie résorbé et rétracté au moment de l'examen nécroscopique, ait pu se produire sans comprimer plus ou moins la capsule et en particulier le faisceau des fibres de l'hémichorée.

Etant donc admis que chez notre malade la capsule interne a été ischémisée (hémianesthésie) et que cet état circulatoire anormal, tant qu'il a été exagéré, a suspendu les mouvements choréïques, nous pouvons conclure : 1° que l'observation que nous présentons n'infirmes nullement la proposition de M. Charcot, à savoir que l'hémichorée ne relève en rien d'une lésion de la couche optique ; et 2° que le siège de l'hémichorée n'est pas nécessairement la couche optique, parce que celle-ci a seule été trouvée lésée ; c'est donc avec raison que nous avançons, au début de cette étude, que notre cas ne prouvait rien en faveur de l'hypothèse de Nothnagel, malgré sa ressemblance anatomo-pathologique avec celui de l'auteur allemand, et nous nous sommes même cru autorisé à infirmer les déductions que ce dernier avait tirées du résultat d'une autopsie, tant il est vrai qu'il faut toujours se mettre en garde contre une appréciation trop hâtive qui ne tiendrait compte que des lésions matérielles, seules visibles après la mort.

Pour en terminer avec cette étude si peu féconde en résultats et qui n'a pour but que d'analyser un cas intéressant, nous avons pensé que l'examen attentif de la succession des

symptômes pourrait encore nous fixer sur la nature de la chorée dans l'observation qui nous occupe. En effet, le choc anémique de la capsule ayant cessé, puisque la malade avait recouvré sa sensibilité, l'hémichorée symptomatique aurait dû disparaître à son tour, puisqu'elle était liée à la même cause que l'abolition de la sensibilité; pourquoi donc cette persistance de l'hémichorée? Pour la première fois, nous osons avancer, en nous basant sur cette constance du trouble moteur, que l'hémichorée était essentielle du côté hémiplégié aussi bien que du côté sain; que jamais elle n'a été symptomatique, et que le retour de la sensibilité et de l'hémichorée marque l'époque du rétablissement de la circulation et du fonctionnement normal de la capsule. Celle-ci ne paraît saine à l'examen nécroscopique que parce que la lésion de l'hémichorée est immatérielle à droite comme à gauche, c'est-à-dire échappe à nos moyens d'investigation.

Pour nous résumer, nous nous trouvons en présence d'une malade atteinte d'hémichorée essentielle double jusqu'au jour où une hémiplegie fait cesser le trouble moteur à droite, à cause de la suppression fonctionnelle de la capsule; celle-ci recouvrant ses propriétés nerveuses antérieures, la même hémichorée essentielle reprend aussitôt ses droits et naturellement s'accompagne du retour de la sensibilité dont l'abolition était due à la même cause que la disparition passagère de l'hémichorée.

DIAGNOSTIC

Lorsque la chorée se manifeste chez un sujet jeune, le diagnostic de cette maladie s'impose en quelque sorte à l'observateur, parce que l'âge tendré du malade permet d'exclure un certain nombre d'affections qui ne sont pas l'apanage de la jeunesse. Mais il n'en est plus de même chez le vieillard que l'âge expose à l'explosion de maladies qui s'accompagnent de tremblements ayant quelque analogie avec ceux qui sont propres à la chorée essentielle. Nous devons donc, dans ce chapitre, passer en revue les quelques maladies à tremblements susceptibles d'être confondues, dans l'une ou l'autre de leurs manifestations, avec la chorée, et établir les principaux traits distinctifs du tremblement alcoolique, du tremblement des intoxications, du tremblement sénile, de celui de la paralysie agitante, de l'ataxie locomotrice, de la sclérose en plaques, de la chorée électrique et des mouvements choréiformes symptomatiques des lésions encéphaliques.

Mais qu'il nous soit permis tout d'abord, avant d'aborder cette étude comparée entre les divers troubles de la coordination motrice, d'établir une différence générale entre les spasmes de la chorée véritable et les autres tremblements. Ces derniers, quelle que soit la forme qu'ils revêtent, diffèrent des premiers par leur régularité, leur persistance, leur rythme. Ainsi que le dit M. Raymond (Dict. encycl.) on est en présence d'une instabilité musculaire réelle, la même force est toujours mise en jeu de la même manière; à la jambe, les mouvements ne

passent point des fléchisseurs aux extenseurs ; jamais les malades à tremblements ne sont renversés pendant la marche par une contraction brusque. Les spasmes du choréique, au contraire, présentent tous les caractères opposés, auxquels s'en joint un autre très-important : la spontanéité du mouvement, c'est-à-dire sa non-association à un mouvement voulu par le malade.

Le tremblement alcoolique se distingue du tremblement choréique par la ténuité et l'uniformité des oscillations ; il s'agit d'un vrai tremblement fibrillaire que la volonté est impuissante à réprimer, et qui, ayant son principal siège aux doigts, ne déplace pas leurs axes. De plus le tremblement alcoolique est surtout marqué le matin, à jeun ; dans la journée, il se dissipe en grande partie.

Les tremblements des intoxications (mercure, plomb, arsenic, sulfure de carbone), ceux des états adynamiques, de la convalescence ont tous quelque chose de spécial ; ils se montrent en même temps que d'autres symptômes plus fondamentaux sous l'influence des causes morbides qui les engendrent, symptômes qui suffisent pour les spécialiser ; ils sont peu étendus, le malade qui en est atteint peut saisir un objet sans dépasser le but ; enfin ces tremblements ne s'observent jamais sous la forme hémiplégique qui est assez souvent l'apanage de la chorée.

Le tremblement sénile apparaît rarement dans les membres ; il occupe surtout les muscles du cou et de la nuque, ainsi que la mâchoire ; les malades, suivant une expression ancienne « dodelinent de la tête ». La généralisation est assez rare ; « ce tremblement n'existe point pendant le repos lorsque la tête ou les membres trouvent un point d'appui et il apparaît au moindre mouvement volontaire que fait le malade, bien loin d'être spontané comme le tremblement choréique. Les oscillations

du tremblement sénile restent parfaitement uniformes et isochrones ; s'il augmente d'amplitude pendant que la main et le bras exécutent le mouvement voulu, ces oscillations restent également augmentées pendant tout le temps que le malade cherche à faire un effort. Plus l'effort est considérable, plus les oscillations augmentent en intensité, mais non en durée, tout en restant toujours égales entre elles pour un effort déterminé. » (E. Demange, *Rev. de méd.* 1881).

Certains tics de la face ne peuvent être confondus avec la chorée à cause de leur localisation et de l'absence de tout mouvement involontaire sur le reste du système musculaire.

La paralysie agitante a plus d'un point commun avec la chorée ; les mouvements, involontaires dans les deux cas, persistent à l'état de repos dans les deux maladies ; mais le tremblement de la maladie de Parkinson a un caractère de régularité qui le sépare nettement des mouvements désordonnés du choréique. Le masque de la paralysie agitante contraste avec la mobilité étonnante du facies choréique ; les oscillations peuvent s'arrêter à l'occasion d'un mouvement volontaire ou d'un ordre, mais pour reprendre aussitôt après ; à la main ils affectent principalement le caractère du mouvement de métier.

La chorée électrique est facile à distinguer de la chorée essentielle ; elle est constituée par des spasmes tellement rapides qu'on les a comparés aux secousses musculaires provoquées par des chocs électriques ; ils sont précédés de vives chaleurs à la peau, d'accélération du pouls, de transpirations abondantes, se terminant généralement par une attaque d'apoplexie mortelle ; on a évidemment à faire, dans ces cas, à des spasmes symptomatiques ; disons encore que pendant le sommeil ces secousses diminuent d'intensité, mais ne cessent

pas. Hoertel, de Birkenfeld (1), qui a repris cette question après dubini (1846) donne les signes diagnostiques suivants entre les deux variétés de chorée : La chorée vulgaire consiste en un dérangement fonctionnel de la moelle épinière, tandis que la chorée électrique est une irritation congestive de la moelle qui se termine par une apoplexie spinale ; dans les deux maladies, il y a des mouvements automatiques, mais désordonnés dans la première, rythmiques, semblables à des secousses électriques dans la seconde ; dans la chorée ordinaire, les malades sont gais et dispos entre les accès ; dans l'autre variété, les secousses qui rendent déjà le sommeil court, agité, pénible, rendent encore le malade triste, morose, disposé au sommeil dans l'intervalle des accès.

L'ataxie locomotrice, dont le diagnostic avec la chorée sénile n'est pas superflu, puisque l'on voit parfois cette maladie affecter l'âge mûr ainsi qu'on témoignent deux cas existant actuellement au service de M. le Professeur agrégé E. Demange (Caron, âgé de 70 ans, et Himonet, âgé de 66 ans, atteints de tabes dorsal bien manifeste), l'ataxie locomotrice laisse à la volonté tous ses droits, dans ce sens qu'un individu atteint de cette maladie, bien que ne pouvant mesurer les mouvements, donner à l'ensemble des contractions musculaires qu'ils exigent l'amplitude exacte et nécessaire, peut du moins les provoquer ou les suspendre à son gré ; au contraire la volonté perd sa toute-puissance chez le choréique, souvent même son intervention n'aboutit qu'à exagérer le tremblement. L'obscurité qui multiplie la folie musculaire dans le tabes dorsal, est sans influence sur les mouvements choréiques ; l'incoordination, étroitement dépendante d'un mouvement intentionnel, ne se compose pas de ces mouvements irréguliers de flexion,

(1) Remarques sur la chorée articulaire et la chorée électrique (1848).

d'extension des doigts, d'abduction de la main ou du pied, comme dans l'hémichorée ; chaque mouvement de l'ataxique a un but déterminé à l'avance, but toujours dépassé ou manqué plusieurs fois, il est vrai, tandis que le choréique ne prévoit pas la direction de ses mouvements, ni même le membre qui en sera prochainement le siège.

Fait intéressant à noter, dans le tabes dorsal comme dans la chorée du vieillard, l'incoordination est rare dans les muscles donnant de l'expression à la face.

Aux données générales, mentionnées plus haut, également applicables au diagnostic avec la sclérose en plaques, surtout en ce qui concerne la nécessité de la coexistence d'un mouvement intentionnel, nous ajouterons, en faveur de cette dernière maladie, le rythme régulièrement croissant des oscillations qui accompagnent le mouvement volontaire, caractère qui fait absolument défaut dans la chorée ; mais le meilleur signe diagnostique de cette dernière maladie est encore et toujours « l'existence, alors que le malade ne veut aucun mouvement, d'une instabilité des membres affectés » (Charcot), alors que le tremblement de la sclérose en plaques disparaît complètement pendant le repos ; enfin le tremblement de la sclérose s'accroît d'autant plus que l'acte intentionnel avec lequel il commence se rapproche plus de la fin et exige plus de finesse d'exécution.

Ces divers diagnostics que nous venons d'établir sont relativement faciles parce que leurs éléments sont tirés d'un ensemble de symptômes appartenant rigoureusement à une seule maladie bien définie, à limites bien nettes ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de démêler ce qui appartient à la chorée véritable de ce qui revient à une complication qui est venue se greffer sur la chorée, ou bien lorsque celle-ci n'a rien à revendiquer dans un groupe de symptômes ayant cependant de grandes analogies avec ceux de la chorée-

névrose. C'est alors qu'une dissociation délicate s'impose et qu'il est indispensable, pour aboutir à un diagnostic rigoureux, de tenir un compte exact de la priorité de tel ou tel incident clinique.

Les difficultés deviennent presque insurmontables lorsqu'à une chorée essentielle uni ou bilatérale préexistante, succède une hémiplégie qui calme d'abord l'incoordination, puis au bout de peu de temps la reproduit; s'agit-il alors d'une guérison de la paralysie rendant tous ses droits à la chorée essentielle, ou de chorée post-hémiplegique? C'est à ce point de vue que l'observation XVII nous a paru très-intéressante, comme contenant en elle-même toutes les questions du problème, mais non une solution à l'abri de toute objection.

Pour mettre un peu d'ordre dans la discussion des diagnostics que nécessitent les diverses combinaisons des variétés de chorées entre elles, nous admettons la classification suivante :

1° Mouvements choréiques unilatéraux succédant à une hémiplégie unilatérale.

2° Mouvements choréiques bilatéraux essentiels, suspendus dans un seul côté par une hémiplégie consécutive, puis redevenant bilatéraux.

3° Mouvements choréiques bilatéraux succédant à une hémiplégie bilatérale.

1° Les difficultés s'aplanissent singulièrement lorsque les mouvements choréiques succèdent simplement à une hémorragie cérébrale ou à une tumeur ou à une atrophie du cerveau; dans ces cas le diagnostic s'impose et l'hémichorée est évidemment secondaire; la présence de l'hémiplégie ou de l'hémi-anesthésie du côté du corps affecté de tremblement sert de critérium; l'infirmité a eu comme avant-gardes des symptômes cérébraux qui ont nécessairement éveillé l'attention et

même parfois mettent le clinicien dans l'attente de l'un quelconque des troubles de la coordination, hémichorée, hémiaxie, hémiparalysie agitante, etc. Lors donc que ce trouble s'est établi, rien de plus aisé que de le rapporter à sa véritable cause. Dans quels cas est-on en droit de prévoir la survenance de ce tremblement ? C'est lorsque l'hémiplégie est incomplète, c'est-à-dire lorsque quelque mouvement volontaire, si faible qu'il soit, est encore possible dans le côté où siège l'impotence fonctionnelle, car si l'hémiplégie est flasque, aucun mouvement volontaire n'étant possible, il ne saurait y avoir de tremblement. Dans les cas où l'hémiplégie est complète dès le début, et suivie sans interruption de contractures absolues, il arrive parfois, au bout d'un temps plus ou moins long, que quelques mouvements volontaires très-légers renaissent, on est dès lors de nouveau autorisé à s'attendre à la survenance de l'incoordination motrice.

2° Mais le diagnostic devient plus incertain lorsque les mouvements anormaux n'ont pas été précédés de cette mise en scène éclatante, dans les cas de ramollissement cérébral par exemple caractérisés seulement par une diminution de la motilité, ou lorsqu'ils succèdent à une hémiplégie qui a suspendu, du côté qu'elle affecte, le tremblement de nature essentielle, préexistant des deux côtés ; aucun des caractères qui, d'habitude, facilitent le diagnostic ne vient en aide dans ces cas compliqués ; l'unilatéralité ordinaire de la chorée post-hémiplégique perd naturellement le peu de valeur qu'elle possède (1) ; la chorée essentielle d'un côté ne diffère en rien de

(1) Nous disons le peu de valeur, car celle-ci n'est pas absolue, puisque la chorée essentielle reste également unilatérale dans un quart des cas « à cause d'un arrêt de développement dans l'affection » (Hammond) ; nos observations nous fournissent la même proportion : 4/17.

la chorée symptomatique du côté opposé ; le repos, le sommeil, les mouvements volontaires, ont la même influence sur les deux variétés ; dans les deux cas, ce sont de grands mouvements, continus dans la grande majorité des cas, à allure bizarre, incoordonnée ; les membres se tordent dans tous les sens et dans toutes les directions ; tantôt comme mus par un ressort, ils s'éloignent de l'axe du corps pour s'en rapprocher ensuite par des secousses brusques, inattendues, saccadées ; tantôt ils sont le siège de mouvements de flexion et d'extension ayant pour centres les petites ou grandes articulations, et se succèdent sans ordre, sans rythme, avec la soudaineté et la bizarrerie des contorsions propres à la chorée essentielle, auxquelles la tête, la face, le cou peuvent également participer. Comme la chorée véritable, l'hémichorée atteint son summum d'intensité lorsque la volonté s'efforce de maîtriser le trouble moteur ou lorsqu'elle intervient pour l'exécution d'un mouvement voulu.

Ce n'est donc pas dans les manifestations de la maladie, dans l'habitus du malade que nous trouverons un élément de diagnostic entre la chorée symptomatique et la chorée idiopathique ; tout au plus, serait-on peut-être en droit d'attendre quelque éclaircissement de la durée que présente le trouble moteur, mais cette ressource, précieuse chez l'adulte, chez qui la chorée essentielle arrivée à son acmé entre dans une voie de rétrocession, tandis que les chorées symptomatiques sont longues, fixes, persistent des mois, parfois des années, sans éprouver ni amélioration, ni aggravation, cette ressource, disons-nous, échappe chez le vieillard dont la chorée, même essentielle, se fait remarquer par sa tenacité et son incurabilité.

Mais heureusement nous avons de précieux éléments dans les symptômes concomitants de la chorée secondaire, symp-

tômes qui font absolument défaut dans la chorée idiopathique. Ces manifestations sont celles que l'on rencontre aux différents âges de l'hémiplégie motrice, hémianesthésie, raideur musculaire, contractures, troubles circulatoires, douleurs et fourmillements dans les membres atteints

Nous n'hésitons pas à placer l'hémianesthésie au premier rang de ces symptômes; en effet, tandis qu'elle aurait fort peu de valeur s'il s'agissait d'un diagnostic entre la chorée symptomatique et la chorée essentielle *de l'enfant* parce que, comme l'a démontré M. le docteur Moynier, dans sa thèse inaugurale, elle n'est pas rare du tout dans la chorée essentielle de cet âge, soit qu'elle atteigne la sensibilité générale, soit la sensibilité spéciale, l'hémianesthésie acquiert une importance de premier ordre chez le vieillard, puisqu'elle n'a jamais été observée dans la chorée essentielle de cet âge (et nos observations en font foi), et parce que l'hémianesthésie, en thèse générale, est la compagne ordinaire (par conséquent, un guide sûr) des hémitremblements; il est, en effet, beaucoup plus fréquent de la voir surajoutée à une hémiplégie compliquée de mouvements anormaux, qu'associée à l'hémiplégie seule. Il ne faut donc pas se méprendre sur la valeur de ce symptôme, quand il existe, puisque dans l'observation XVII, une des plus obscures, bien certainement, que l'on ait à élucider, c'est en nous basant sur la suppression de ce signe concomitant, que nous avons pu affirmer la nature essentielle de l'hémichorée succédant à l'hémiplégie, et nous sommes arrivé à la même conclusion par une autre voie, celle de l'anatomie pathologique qui nous a démontré jusqu'à l'évidence que si l'hémianesthésie avait persisté, l'hémichorée aurait été de nature symptomatique.

A la suite de l'hémianesthésie vient l'hémiplégie motrice qui n'est pas non plus dépourvue d'importance, car, d'une

part, elle est indispensable à la production des hémitremblements et ne s'observe jamais, d'autre part, dans le cours de la chorée essentielle ; il semble donc qu'elle ne puisse prêter à aucun doute, et cependant l'hémi-paralysie est bien souvent un guide de peu de valeur, soit qu'elle disparaisse peu à peu, progressivement, comme cela eut lieu chez la malade qui fait le sujet de l'obs. XVII, (nouvelle preuve à l'appui du retour fonctionnel de la capsule et par conséquent de la nature essentielle de l'hémichorée droite), soit que dès le début les phénomènes hémiplégiques soient peu accentués et puissent facilement être révoqués en doute, surtout chez un vieillard dont les membres sont déjà affaiblis naturellement par l'âge ; car, ne l'oublions pas, bien souvent chez le vieillard, l'attaque d'apoplexie s'établit insidieusement (thrombose cérébrale) et il faut souvent beaucoup d'attention pour remarquer un peu de faiblesse des membres d'un côté du corps, ou une démarche lourde et pénible, ou un abaissement léger d'une commissure, ou un peu de raideur musculaire, toutes choses qui, lorsqu'elles sont observées, peuvent encore être imputées à l'âge avancé du malade.

Mais lorsque l'hémiplégie a eu un début plus éclatant, qu'elle s'est installée avec son bruyant cortège, alors elle reconquiert son importance ; si un malade, atteint de troubles choréiques, présente, soit dans le présent, soit dans le passé, un ictus apoplectique, accompagné ou non de perte de sentiment, s'il offre des convulsions remontant à l'enfance (atrophie cérébrale) ou des accidents spécifiques antérieurs (tumeur cérébrale), s'il existe une faiblesse prononcée des membres d'une moitié du corps, une déviation bien franche d'une commissure, de la raideur musculaire bien accentuée, ou même de l'épilepsie partielle, alors on peut sans hésitation conclure que les mou-

vements choréiformes sont symptomatiques et exclure pleinement l'essentialité de la chorée.

De la coexistence des contractures, nous dirons qu'elle a à peu près la même valeur que celle d'une hémiplégie, puisque celles-ci ne se rencontrent pas parmi les manifestations de la chorée essentielle ; il est bien entendu que ces contractures, de même que l'hémiplégie, doivent être incomplètes, puisque pour assurer leur coexistence avec les tremblements, il est indispensable que quelque mouvement, si léger qu'il soit, puisse se produire sous la volonté du malade.

Il existe bien encore quelques autres symptômes concomitants des hémiplegies : tels sont entre autres les troubles psychiques, mais malheureusement il est trop fréquent de rencontrer également ceux-ci dans la chorée essentielle où l'on voit l'intelligence et la mémoire sombrer, la sensibilité morale s'émousser, l'affection se modifier, le caractère prendre une allure peu favorable : « Il n'est point rare, dit Ziemssen, en parlant de la chorée véritable, que l'on demande au médecin si tout n'aboutira point à l'idiotie », et de l'avis de Brouardel « l'intelligence est tellement débile que les malades oublient la lecture et l'écriture et ne peuvent arriver à les raprendre », et Charcot : « Les altérations de l'intelligence ne sont pas rares, et la plupart des vieillards atteints de chorée présentent après un certain temps une démence bien évidente. »

3° Lorsqu'enfin, dernière combinaison possible, les mouvements anormaux surviennent dans les deux côtés du corps à la suite d'une hémiplégie double, ils peuvent simuler presque complètement la maladie de même nom que celui qu'ils portent, offrir en un mot l'allure clinique de l'incoordination musculaire propre à la chorée essentielle bilatérale.

M. le professeur agrégé E. Demange a publié dans la *Revue de médecine* du 10 mai 1883, un certain nombre d'obser-

vations, fournies par son service, dans lesquelles l'erreur, d'abord commise, n'avait pu être dissipée que par l'examen attentif et prolongé des malades et par l'étude exacte des anamnestiques et des symptômes concomitants. C'est ainsi qu'un malade (Obs. III) fut au premier examen, considéré comme atteint de paralysie agitante pure, à ne tenir compte que du tremblement, mais on n'observait pas chez lui l'attitude soudée caractéristique, ni les mouvements d'anté ou de rétropulsion, ni les sensations subjectives de chaleur ; enfin l'affaiblissement hémiplegique était plus marqué à droite qu'à gauche, ce qui mit sur la voie du diagnostic exact qui fut pleinement confirmé par l'examen cadavérique.

Les plus grandes difficultés planent donc sur cette variété de diagnostic ; le clinicien doit appeler à son aide, pour dégager la vérité dans ces cas si complexes, toutes les ressources dont il peut disposer et tenir compte : 1^o de la marche de l'affection, car le malade a ordinairement remarqué que ses membres lui refusaient leurs services bien avant l'explosion des troubles choréiformes ; 2^o des causes de la maladie, causes ordinairement émotionnelles ou affectives dans la chorée-névrose, relevant au contraire d'une hémiplegie bilatérale ou d'un affaiblissement des membres dans la chorée secondaire ; 3^o des symptômes concomitants qui, dans ces cas encore, occupent le premier rang pour l'importance : l'affaiblissement musculaire est plus prononcé d'un côté que de l'autre, à la suite d'une hémiplegie double, égal au contraire dans la maladie essentielle, s'il existe ; enfin l'anesthésie est généralisée et bien nette, lorsqu'elle existe, dans la diplégie, vague, variable, erratique dans la névrose, où d'ailleurs elle manque, le plus ordinairement, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

PRONOSTIC

Les quelques résultats heureux enregistrés par MM. H. Roger (obs. III), Russel (Loc. cit.), Ollivier (obs. IV) et Weir Mitchell (obs. VIII) atténuent à peine la gravité du pronostic de la chorée chez le vieillard. M. Charcot, traitant des particularités de la chorée survenant à un âge avancé, dit : » Le trait le plus remarquable de l'affection est dans les altérations de l'intelligence. La plupart des vieillards atteints de chorée présentent après un certain temps d'évolution de l'affection une démence bien évidente. Le pronostic n'est pas favorable, en tant que la guérison n'est jamais complète ; mais pour la durée de la vie, la chorée ne semble pas offrir de danger immédiat, car la maladie dure souvent de longues années. »

Toutefois, il est un caractère qui aggrave singulièrement le pronostic, c'est la persistance des mouvements choréiques pendant le sommeil lui-même. Tel était le cas du malade cité par M. Cazenave (obs. II) ; jamais, dans aucun de ces cas, le pronostic n'a été modifié : la mort à bref délai a toujours été le résultat final de la maladie.

Dans d'autres cas encore, le pronostic est également assombri par une élévation subite de la température centrale ; c'est ainsi que M. Charcot a vu cette complication faire succomber dans un état typhoïde et avec un délire maniaque deux femmes atteintes de chorée, et il ajoute n'avoir d'ailleurs jamais vu signalé aucun cas de guérison, ce que contredisent à peine les rares succès mentionnés au début de cet article.

TRAITEMENT

Dans toute maladie, des connaissances certaines en anatomie pathologique précèdent un traitement rationnel et celui-ci découle tout naturellement de la révélation des causes et de la nature de la lésion. Sinon, on ne peut qu'appliquer des médications hasardées et l'on fait à l'empirisme la plus large part. Tel est le cas pour la chorée-névrose : si l'on possède quelques données probables sur le siège de l'affection, on ne connaît nullement son essence, son génie ; aussi peu d'affections sont-elles aussi décourageantes au point de vue du traitement que la chorée ; on a mis en œuvre les médications les plus variées, et toujours sans succès, si bien que la plupart des cliniciens se contentent d'adoucir ce qu'a de trop pénible cette désolante maladie et s'en tiennent simplement à la médecine des symptômes.

Plus heureux dans leurs résultats, quelques médecins ont signalé néanmoins des succès imputables à la médication antispasmodique ou décongestive : c'est ainsi que Graves obtint un succès par l'usage longtemps prolongé du sulfate de zinc, mais il ajoute qu'il n'en a obtenu aucun avantage dans les autres cas, bien qu'il ait eu soin de varier les doses, sans compter que le sulfate de zinc amène, au bout d'un certain temps, un marasme général qui oblige à n'en pas prolonger outre mesure l'administration.

Le traitement par les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale semble avoir donné plus de résultats ; plusieurs

terminaisons favorables sont attribuées à ce procédé, notamment par M. Mazade (Lyon médical 4 juillet 1869) et par M. Testa (Gazette médicale de Strasbourg 1875 p. 130), mais ces cas heureux s'adressent à des chorées infantiles dans lesquelles l'élément congestif jouait le principal rôle.

La thérapeutique est donc bien désarmée en présence d'une affection aussi tenace et il est à penser que son impuissance tient surtout à ce fait que l'état général du malade n'est pas suffisamment pris en considération ; à maladie chronique, atonique, il faut une médication prolongée, non un médicament ; la chorée sénile étant l'expression d'un état général ne peut vraisemblablement être guérie par du sulfate de zinc ou des douches d'éther ; en effet, dans la plus grande majorité des cas, la chorée est une expression d'anémie, d'atonie et de faiblesse générale ; dans ces conditions, il y a défaut de pondération entre le sang et le système nerveux ; d'où il suit souvent qu'un traitement général satisfèra à la principale indication thérapeutique en s'attaquant directement à la cause. Sans doute la gymnastique, les exercices rythmés, le chant, ne sont guère praticables chez les vieillards, mais ils ne sont pas indispensables, bien que cependant on ne puisse mettre en doute leur puissance ; mais les massages, les frictions qui activent la circulation du système capillaire cutané et les phénomènes intimes de nutrition sont déjà à la portée de tous les âges. On a remarqué qu'après une dizaine de séances, l'empire de la volonté augmentait en même temps que les mouvements anormaux allaient en diminuant de fréquence et d'intensité.

On donne en même temps du fer réduit et du vin de quinquina ainsi qu'une nourriture substantielle et variée.

Dans les cas où ce traitement a pu être appliqué, la durée de la chorée a été singulièrement abrégée, lorsqu'il s'agissait

de chorée infantile ; celle des vieillards étant incurable, nous n'avons pas la prétention de modifier ce pronostic par le traitement que nous indiquons, mais nous pensons que la médication efficace pour un âge, ne peut être nuisible pour un autre, et peut au moins produire un amendement de cette triste maladie.

Quant à la médication interne, ses résultats ont été jusqu'à ce jour incertains, pour ne pas dire nuisibles dans quelques cas, et ceci s'applique surtout aux médications que l'on a qualifiées de spécifiques : le chloroforme, l'opium, la belladone restent inactifs.

L'électricité exaspère souvent les mouvements par la douleur qu'elle provoque ; le sulfate de strychnine a eu bien des inconvénients et le tartre stibié est généralement contre-indiqué par l'état général du malade qui est ordinairement faible, presque cachectique. C'est donc par l'emploi des toniques et de la gymnastique passive que nous parviendrons à modifier l'état général des choréïques et que nous leur permettrons de vaincre l'action excessive et irrégulière du système nerveux : « Sanguis moderator nervorum. »

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 5 juillet 1883.

VICTOR PARISOT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 5 juillet 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Recherches et dosage des matières organiques dans les eaux potables.
- 2° PHYSIQUE. — Spectroscopie. — Applications physiologiques et médico-légales.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Champignons parasites trouvés sur les muqueuses.
- 4° ANATOMIE. — Vaisseaux de l'extrémité inférieure du rectum.
- 5° HISTOLOGIE. — Glandes en grappe.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Caractères physiologiques de la sensation auditive.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des fractures de l'extrémité inférieure du radius.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Classification des maladies de l'encéphale.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'inflammation des muqueuses.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Traitement de l'épilepsie.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De la résection de l'humérus dans l'articulation scapulo-humérale.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De l'extraction du fœtus par l'extrémité pelvienne.
- 13° HYGIÈNE. — Influence des égouts et des fosses d'aisances sur la propagation de la fièvre typhoïde.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la grossesse ; applications médico-légales ; signes certains.

